

11-94
DEN
11-94
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

LA MORT SUR DEMANDE:
DE LA REVENDICATION DU DROIT
AUX FONDEMENTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES

MADELEINE LAVOIE

Essai soumis à la Faculté de droit
en vue de l'obtention
du grade de «Maître en droit»

BIBLIOTHEQUE DE DROIT
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AOÛT 1997

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

LA MORT SUR DEMANDE:
DE LA REVENDICATION DU DROIT
AUX FONDEMENTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES

MADELEINE LAVOIE

Essai soumis à la Faculté de droit
en vue de l'obtention
du grade de «Maître en droit»

AOÛT 1997

RÉSUMÉ

Les progrès de la médecine soulèvent un nouveau questionnement: celui du droit à la mort sur demande. Les Pays-Bas et l'Australie permettent la pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide; ils ont donc été choisis ici pour illustrer la reconnaissance de ce droit. Les lois spéciales adoptées par ces deux pays seront examinées avec attention. Le respect de l'autonomie et de la dignité de la personne, ainsi que la compassion, sont les fondements sur lesquels repose la revendication du droit à la mort sur demande. Les lois néerlandaise et australienne qui autorisent de tels actes seront vérifiées en ce qui concerne le respect de ces fondements. La politique canadienne actuelle face à cette épineuse problématique sera également examinée.

ABSTRACT

Medical progress raises a new problem: that of the right to die on demand. The Netherlands and Australia permit the practice of euthanasia and of assisted suicide; they have been chosen here to illustrate the recognition of this right. The special legislation that has been passed by these two countries will be examined attentively. The respect for a person's autonomy and dignity, along with compassion, are the foundations upon which is based the case for the right to die on demand. The Dutch and Australian laws that sanction these acts will be verified as to their respect of these foundations. Current Canadian policy regarding this thorny problem will also be examined.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I LA REVENDICATION DU DROIT A LA MORT	4
A- L'évolution de la technologie médicale et les changements des valeurs sociales..	4
1- L'impact de la technologie médicale	5
2- Les nouveaux questionnements sociaux	7
2.1 L'autonomie revendiquée	8
2.2 La promotion de la qualité de la vie	10
B- Des illustrations de la reconnaissance du droit à la mort	13
1- Les Pays-Bas	14
1.1 La chronologie des événements marquants	14
1.2 La législation sur la mort	18
2- L'Australie	22
2.1 La chronologie des événements marquants	24
2.2 La loi de 1995 du Territoire du Nord	27
3- L'analyse des convergences et divergences de ces législations	31
C- La position du Canada face à la revendication du droit à la mort	35
1- L'historique des faits marquants	36
2- L'état actuel du droit	39
3- Quelques décisions des tribunaux	42
II LES FONDEMENTS POSSIBLES ET LA MISE EN OEUVRE DU DROIT A LA MORT	47
A- La mécanique de la mort	47
1- Des moyens traditionnels d'euthanasie et d'aide au suicide	48
2- La technologie au service de la mort	50

3-	La mort utilitaire	54
B-	Les fondements possibles du droit à la mort	59
1-	Le droit à la mort au nom de l'autonomie	59
1.1	Des cas jurisprudentiels	64
1.2	Les limites jurisprudentielles	67
2-	Le droit à la mort au nom de la dignité et de la compassion	69
C-	Une analyse critique	75
	CONCLUSION	80
	TABLE DE LA LÉGISLATION	84
	TABLE DE JURISPRUDENCE	86
	BIBLIOGRAPHIE	88
	ANNEXE 1	
	Document parlementaire 22572	
	ANNEXE II	
	Loi de 1995 du Territoire du Nord	
	<i>Rights of The Terminally Ill Act</i>	
	ANNEXE III	
	" Machine de la mort " du docteur Nitschke	
	ANNEXE IV	
	" Machines à suicide " du docteur Kevorkian	

INTRODUCTION

Il est étonnant de constater avec quel acharnement on veut nous vendre la mort.¹ Pourtant, nous ne connaissons pas l'incidence réelle et la nature des demandes d'euthanasie et d'aide au suicide reçues par les médecins dans leur pratique de tous les jours.

Malgré cela, des groupes comme "Exit" en Grande-Bretagne, "Hemlock" aux États-Unis et "Dying with Dignity" au Canada,² se multiplient³ et réclament un droit à la mort en exerçant des pressions sur l'opinion publique. De plus, de nombreux sondages révèlent que la majorité de la population se prononce en faveur de politiques qui sanctionnent un droit à la mort.⁴

¹ **P.E. CHABOT.**, «Une mort si douce» (1994) 11 R.N.D. 4 à la p. 6; **F.R. CERRUTI**, *L'euthanasie: approche médicale et juridique*, Toulouse, Privat, 1987, p. 28, ce dernier auteur nous parle d'acharnement euthanasique.

² **J. L. BAUDOUIN**, «La liberté du patient devant le traitement et la mort» dans D. Turp, et G.A Beaudouin, (éd.), *Perspectives canadiennes et européennes des droits de la personne*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1986, p. 519.

³ **J. SAINT-ARNAUD**, «Enjeux éthiques soulevés par la décriminalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie» (1995) 8 Frontières 24 à la p. 25; voir aussi, **S. HALPERN**, «Faut-il légaliser l'euthanasie?» (1995) 20 L'Actualité 67 à la p. 67; **D.J. ROY et al.**, *La bioéthique ses fondements et ses controverses*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1995 p. 458.

⁴ **J. FORTIN**, «Pourquoi l'euthanasie aujourd'hui?» (1990) 3 Frontières 21 à la p. 22; **F.H. LOWY, D. SAWYER et J.R WILLIAMS**, *Les médecins canadiens et l'euthanasie*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993 p. 3; **A. MAYRAND**, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Montréal, Wilson et Lafleur, 1975, p. 20; **B. BLANCHET**, «L'euthanasie et le suicide assisté» (1995) Conférences du Grand Séminaire de Montréal 17 à la p. 17.

Par contre, certains auteurs s'insurgent contre le fait qu'au nom du respect de l'autonomie, la revendication du concept de la mort dans la dignité soit même devenue un slogan.⁵

Grâce aux nouvelles technologies médicales, il est maintenant possible de prolonger la vie d'un malade presque indéfiniment. Toutefois, ces progrès soulèvent un grand questionnement. Les médecins ont longtemps exercé une pratique où le maintien de la vie était considéré comme abusif. Ce modèle médical d'acharnement thérapeutique a certainement condamné des malades à des souffrances inutiles. Voilà pourquoi des groupes de pression se sont organisés pour s'opposer à ce pouvoir. Dans un mouvement de contestation, ils ont revendiqué, avec insistance, un droit à la mort.

Ce concept du droit à la mort vise, dans le cadre de cette étude, l'aide au suicide et l'euthanasie. Il existe cependant une différence importante entre ces concepts: ainsi

— l'euthanasie est «l'acte positif de causer la mort de quelqu'un pour des raisons humanitaires»,⁶

⁵ **J. L. BAUDOUIN**, «La personne est le seul juge de sa qualité de vie» (1994) 11 R.N.D. 16 à la p. 26; voir aussi, **J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS**, Mémoire présenté au Comité sénatorial sur l'aide au suicide et l'euthanasie, Ottawa, décembre 1994 p. 24; **D. BLONDEAU**, «Droit à la mort et droit de mourir: une source de confusion» (1994) 29 Le médecin du Québec 79 à la p. 82; **J. AYOUB**, «L'euthanasie et le suicide assisté» (1995) 3 Conférences du Grand Séminaire de Montréal, 28 mars 1995 3 à la p. 13; (N.B. Joseph Ayoub est médecin oncologue à l'hôpital Notre-Dame de Montréal).

⁶ Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement* (Document de travail 28) Ottawa, Approvisionnements et Services, 1982, p. 50.

alors que l'aide au suicide «consiste à donner à un patient des conseils et (ou) des moyens pour se suicider».⁷

La première partie de cet essai sera consacrée à l'impact de l'évolution de la technologie médicale qui est venue transformer la vision de certains de nos concepts sociaux tels que l'autonomie et la qualité de la vie. Pour illustrer la façon dont s'est exercé la consécration du droit à la mort, nous avons choisi les Pays-Bas et l'Australie. Nous ferons la description des politiques néerlandaises qui autorisent la pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Puis, nous verrons également que l'Australie, tout d'abord, a permis une telle activité mais que dernièrement, le Sénat australien a décidé de révoquer la nouvelle loi. Nous présenterons aussi l'état actuel du droit canadien à cet égard.

Dans la deuxième partie, nous analyserons les fondements sur lesquels reposent le droit à la mort et sa mise en oeuvre. Les politiques élaborées à ce propos étant basées sur le respect de l'autonomie et de la dignité de la personne, nous tenterons d'esquisser une définition de chacune de ces notions. Puis, nous terminerons par une analyse critique des législations susmentionnées qui sanctionnent le droit à la mort. Nous vérifierons alors s'il y a adéquation entre les objectifs annoncés et les normes juridiques proposées.

⁷ F.H. LOWY, D. SAWYER et J.R. WILLIAMS, *supra*, note 4, p. 17.

I LA REVENDICATION DU DROIT A LA MORT

La société doit maintenant se prononcer sur la délicate question que pose la revendication du droit à la mort. Ce nouveau phénomène est provoqué en partie par l'évolution rapide de la technologie médicale. Elle a transformé certaines attitudes face à la mort et aussi face à la vie. Lorsque la médecine ne parvient plus à soulager la douleur physique et la peur viscérale dévorante, lorsque la souffrance psychologique se fait dévastatrice et envahissante jusque dans les retranchements les plus intimes de notre être, lorsque la souffrance règne en maître dans notre corps, nous voulons être accompagnés dans le soulagement définitif de nos souffrances. C'est dans ce contexte que certains veulent obtenir le droit de mourir au moment décidé par eux et cherchent désespérément à faire respecter ce choix.

A- L'évolution de la technologie médicale et les changements des valeurs sociales

Le monde est continuellement façonné par la technologie nouvelle, qui donne l'impression de devenir de plus en plus inhumaine. «La nature humaine se révolte contre les formes inhumaines de la technologie, de l'organisation et de la politique, qu'elle ressent

comme asphyxiantes et débilitantes». ⁸ Alors, les gens se tournent vers des valeurs sociales différentes, afin peut-être de pouvoir échapper aux dangers de ces nouvelles technologies.

1- L'impact de la technologie médicale

La technologie influence la vie des individus et des collectivités, et les risques liés à son développement peuvent engager l'avenir de l'humanité et le compromettre de façon irréversible. ⁹ Voilà pourquoi le développement des techniques biomédicales suscite une certaine ambivalence. D'un côté, les progrès peuvent menacer l'espèce humaine, alors que d'un autre côté, ces mêmes progrès libèrent l'humanité de plusieurs souffrances. ¹⁰

Le développement extraordinaire de «l'arsenal thérapeutique moderne» ¹¹ a permis d'enrayer plusieurs maladies dites incurables. De plus, dorénavant, nous pouvons maintenir en vie presque indéfiniment des êtres humains inconscients. ¹² Nous avons le pouvoir de retarder la mort. Mais, parfois, cette prolongation de l'agonie apparaît comme un acte

⁸ E. F. SCHUMACHER, *Small is beautiful - Une société à la mesure de l'homme*, Paris, Points, 1978, p. 153.

⁹ G. BOURGEAULT, *L'Éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990 p. 99-100.

¹⁰ D.J. ROY *et al.*, *supra*, note 3, p. 22.

¹¹ S. PHILIPS-NOOTENS, «Face à la maladie mortelle deux décisions possibles et leurs implications juridiques» (1982) 12 R.D.U.S. 435 à la p. 449.

¹² P. NOWELL-SMITH, «Le droit de mourir» dans *Autonomie personnelle: euthanasie et santé mentale*, Montréal, McGraw-Hill, 1990, p. 11; voir aussi, D. J. ROY *et al.*, *supra*, note 3, p. 22.

profondément inhumain.¹³ Pauline Lesage-Jarjoura fait remarquer à ce propos: «Sous l'emprise de la frénésie technologique, le médecin a tendance à ne considérer que son premier rôle» (qui est celui de guérir le malade).¹⁴ Mais, lorsque les espoirs de guérison se dissipent, pour un malade en phase terminale par exemple, il faut alors chercher à le soulager et à le réconforter. Keyserlingk affirme dans le même sens: «L'art de la médecine, c'est en grande partie l'art de savoir quand cesser d'essayer de guérir et comment continuer à soigner».¹⁵

Cependant, trop souvent encore nous avons l'impression que le pouvoir médical s'empare d'une partie de nous-mêmes; les médecins peuvent repousser la mort et, du même coup, nous en déposséder.¹⁶ Jacqueline Fortin nous fait une excellente description de la situation:

[...] une mort technologisée, retardée mécaniquement et souvent escamotée comme événement naturel, ne correspond plus aux attentes de beaucoup de nos contemporains. Cette mort fait peur. Elle véhicule des images de l'homme objet de la science et soumis à des pouvoirs extérieurs à lui-même, des images d'une mort compliquée[...]¹⁷

¹³ **J. L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU**, *Éthique de la mort et droit à la mort*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p. 89; voir aussi, **J. L. BAUDOUIN**, *supra*, note 2, p. 519, l'auteur mentionne: «Le patient en phase terminale meurt lentement, intubé, gavé et bourré de médicaments».

¹⁴ **P. LESAGE-JARJOURA**, *La cessation de traitement: au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1990 p. 121.

¹⁵ **E.W. KEYSERLINGK**, «La qualité de la vie et le caractère sacré de la vie sont-ils des notions compatibles?» dans *Autonomie personnelle: euthanasie et santé mentale*, Montréal, McGraw-Hill, 1990 p. 45.

¹⁶ **J. L. BAUDOUIN, D. BLONDEAU**, *supra*, note 13, p. 27.

¹⁷ **J. FORTIN**, *supra*, note 4, p. 24.

Des efforts pour se réappropriier la mort et lui donner un sens plus humain se manifestent. Alors, nous réclamons un droit à la mort parce que nous refusons de perdre le sens profond du mourir. Cette revendication devient une protestation à l'égard de l'envahissement de la technoscience.¹⁸

La mort dans la dignité est devenue un droit que l'on réclame [...] probablement en opposition à l'utilisation irrationnelle d'une technologie envahissante qui très souvent enlève au mourant le contrôle sur sa vie et sa mort.¹⁹

2- Les nouveaux questionnements sociaux

Une forte volonté d'autodétermination caractérise l'être humain, depuis toujours, et il a constamment voulu échapper à ce qui faisait obstacle à sa liberté et à sa capacité de créer, nous dit l'éthicien, Guy Bourgeault.²⁰ La notion de liberté est au coeur même du principe de l'autonomie. En effet, l'homme revendique son autonomie afin de pouvoir exercer sa liberté. Cependant, au nom de cette liberté et de cette autonomie, l'être humain peut-il revendiquer un droit à la mort devancée?

¹⁸ J. L BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 13, p. 87; voir aussi G. BOURGEAULT, *supra*, note 9, p. 121.

¹⁹ P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 14, p. 17.

²⁰ G. BOURGEAULT, *supra*, note 9, p. 89.

2.1 L'autonomie revendiquée

Nous savons qu'à l'heure actuelle notre société «préconise l'affirmation des droits de la personne, le sens des responsabilités et la primauté de la liberté individuelle».²¹ D'ailleurs, les droits de la personne sont le reflet des valeurs fondamentales d'une société. La *Charte canadienne des droits et libertés* contribue à promouvoir les droits individuels et reconnaît à l'individu le droit de prendre des décisions sur son corps, même si celles-ci le mènent à la mort.²² Ainsi, nous constatons que l'autonomie et le pouvoir que les citoyens tiennent à exercer sur leur propre corps sont devenus un droit qui s'élève au premier rang dans la hiérarchie des valeurs de la société.²³ Aujourd'hui, «le patient s'est éveillé à ses droits».²⁴ En effet, le malade refuse de laisser le médecin prendre des décisions à sa place. Il veut obtenir un droit de regard sur sa vie et sur sa mort,²⁵ afin de faire respecter son droit à l'autonomie.²⁶

²¹ P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995 p. 143.

²² *Charte canadienne des droits et libertés*, L.R.C. (1985), App. II, no. 44; J. L. BAUDOUIN, *supra*, note 5, p. 20.

²³ Nous verrons plus en détail dans une autre section de cette étude comment ce concept de l'autonomie s'exerce dans la doctrine et la jurisprudence.

²⁴ M. HÉBERT, «L'application des Chartes canadienne et québécoise en droit médical» (1989) 30 C. de D. 495 à la p. 495.

²⁵ J. L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 13, p. 39.

²⁶ J. L. BAUDOUIN, «Réflexion sur les rapports de la bioéthique et des droits fondamentaux» dans G. Lafrance, *Éthique et droits fondamentaux*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 1989 p. 149; voir aussi, D. BLONDEAU, *supra*, note 5, p. 80.

D'origine grecque (autos: self et nomos: governance), le mot autonomie traduit encore la notion de *self governance*. Agir de façon autonome c'est donc faire soi-même ses propres choix et conduire ses propres actions sans contrainte externe.²⁷

Exprimé de la façon la plus simple, le principe de l'autonomie de la personne veut que tout être humain jouissant de ses capacités intellectuelles, ait sur son corps et sur sa vie, le droit de prendre seul les décisions qui s'imposent.²⁸

Dans un souci de clarifier le sens du mot autonomie, rappelons ici, brièvement, quelques pensées philosophiques. Déjà à son époque (1806-1873), le philosophe Anglais John Stuart Mill se prononçait sur l'autonomie de l'individu: «L'individu est souverain sur lui-même, son propre corps et son propre esprit».²⁹ «Chacun est le gardien qualifié de sa propre santé, aussi bien corporelle que mentale et spirituelle».³⁰

De son côté le philosophe Paul Kurtz affirme: «La personne libre est autonome parce qu'elle n'est pas prête à soumettre son existence aux événements externes et qu'elle se résout à les contrôler elle-même».³¹ Le juge Jean-Louis Baudouin et la philosophe Danielle Blondeau déclarent:

L'humanité passe à la revendication de la liberté. L'humanité libérée aspire à devenir une humanité libre. La liberté de ne pas souffrir et la liberté de mourir sont

²⁷ M. HÉBERT, *supra*, note 24, p. 499.

²⁸ J. L. BAUDOUIN, *supra*, note 2, p. 508.

²⁹ J. S. MILL, *De la liberté*, Toronto, Presses Pocket, 1977, p. 40.

³⁰ *Id.*, p. 44.

³¹ P. KURTZ, «The Meaning of life» dans L.E. Navia, E. Kelly, *Ethics and the Search for Values*, Buffalo, New-York, Prometheus Books, 1980 p. 509.

l'ultime appropriation par la personne humaine de sa propre humanité. Une première liberté est celle de pouvoir désormais mettre fin à sa vie, à l'heure de son choix.³²

2.2 La promotion de la qualité de la vie

Les nouvelles technologies médicales ont soulevé aussi de nouveaux questionnements face au concept de la qualité de la vie.

La technicisation médicale, entre autres, a changé les choses. Le critère unique du caractère sacré de la vie est rapidement devenu insuffisant dans les prises de décision entourant la vie et la mort, surtout depuis l'évolution technologique permettant de maintenir une vie artificielle presque indéfiniment. La rupture avec le passé a donc imposé la nécessité de s'interroger désormais à nouveau sur la qualité de cette vie.³³

La science médicale a toujours été orientée vers le maintien de la vie à tout prix et elle se bat contre la mort en oubliant parfois le bien-être du patient. L'acharnement thérapeutique qui se fait au nom de la prolongation de la vie, en réalité, ne fait parfois que «prolonger le processus de mort».³⁴ Cette notion de la qualité de la vie est difficile à définir.³⁵ Selon Keyserlingk, la qualité de la vie doit être envisagée de la façon suivante:

³² J. L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 13, p. 78.

³³ *Id.*, p. 19.

³⁴ J. L. BAUDOUIN, *supra*, note 2, p. 507.

³⁵ E.W. KEYSERLINGK, *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie*, Commission de réforme du droit du Canada, Ottawa, Approvisionnement et Services, 1979, p. 53; voir aussi, P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 14, p. 11; F.R. CERRUTI, *supra*, note 1, p. 71.

[...] il faut entendre par qualité de la vie, une notion débarrassée de toute idée de relativité de la valeur humaine et de la vie individuelle et de toute trace «d'utilité sociale» donnant droit à un traitement.³⁶

Toute comparaison avec un autre individu doit être bannie; la qualité de la vie s'apprécie en fonction de l'individu seul par rapport à lui-même.³⁷ Il faut regarder ce que le patient est et ce qu'il était.³⁸ Il est reconnu que la qualité de la vie ne peut être jugée que par le patient lui-même. Cependant, lorsque le malade est inconscient ou inapte, qui pourra apprécier le degré de qualité de sa vie? Qui pourra prendre les décisions à sa place?

Dans ce contexte, il est nécessaire d'établir des critères d'évaluation qui permettront de guider les personnes ou le personnel médical qui auront, par exemple, à prendre une décision pour l'application ou l'abandon d'un traitement. Ces critères doivent être axés sur le bien-être du patient. Dans certains cas, administrer un traitement qui prolonge la vie n'est pas toujours bénéfique. Keyserlingk propose certains critères, tels la capacité d'interaction et la conscience de soi du malade, l'intensité de sa souffrance ainsi que sa capacité d'y faire face.³⁹ Il affirme également qu'une distinction entre la vie biologique (processus vital ou métabolique sans aucune considération du potentiel humain) et la vie personnelle (vie

³⁶ E.W. KEYSERLINGK, *supra*, note 35, p. 61.

³⁷ S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 11, p. 452.

³⁸ E.W. KEYSERLINGK, *supra*, note 35, p. 61.

³⁹ E.W. KEYSERLINGK, *supra*, note 35, p. 65; voir aussi, P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 14, p. 11; S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 11, p. 452; J. L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 13, p. 103.

permettant la conscience de la réalité, la communication et la responsabilité de ses actes) doit être également examinée avec attention.⁴⁰

Notre vie physique est le support de notre vie personnelle et n'a pas de signification sans elle; quand la seconde disparaît, disparaît ce qu'il y a de proprement humain en nous.⁴¹

La Commission de réforme du droit du Canada admet maintenant que des considérations sur la qualité de la vie sont parfois légitimes et peuvent servir comme critères dans des décisions de cessation de traitement.

Le droit ne doit donc pas exclure a priori le choix du patient de refuser la continuation d'un traitement au nom de son droit de mourir dans la dignité et de vivre des derniers instants de qualité suffisante.⁴²

Il faut souligner brièvement que lorsque la personne est incapable de manifester sa volonté, le droit et la pratique choisissent habituellement la vie. En effet, on présume que la personne consciente ferait probablement ce choix. Mais lorsque le patient est en phase terminale, cette présomption est beaucoup moins forte; c'est à la famille, conjointement avec l'équipe médicale, que revient la décision de poursuivre ou d'interrompre un traitement médical. En principe, les personnes inaptes et les personnes capables jouissent des mêmes droits et les conditions de refus ou d'abandon de traitement doivent-être les mêmes.⁴³

⁴⁰ E.W. KEYSERLINGK, *supra*, note 35, p. 66; voir aussi, F.R. CERRUTI, *supra*, note 1, p. 207, il fait la même distinction entre la vie biologique et la vie personnelle.

⁴¹ S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 11, p. 453.

⁴² Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 6, p. 44.

⁴³ P. GARANT, «Droit fondamentaux et justice fondamentale» dans Beaudoin et Ratshuny *Charte canadienne des droits et libertés*, Montréal, 2^e édition Wilson et Lafleur,

Maintenant, nous allons illustrer la consécration du droit à la mort.

B- Des illustrations de la reconnaissance du droit à la mort

Il n'y a pas si longtemps, l'euthanasie et l'aide au suicide étaient des pratiques illégales partout à travers le monde. Toutefois, nous avons vu au cours de la dernière décennie, quelques pays ou états américains⁴⁴ prendre position en faveur de cette pratique médicale. Pour illustrer ce propos de la reconnaissance du droit à la mort, nous avons choisi de nous limiter exclusivement à l'étude des législations des Pays-Bas et de l'Australie. En même temps, nous présenterons la chronologie de certains événements importants qui ont mené ces deux pays vers ce choix de société.

1989, p. 407; voir aussi, **M. OUELLETTE**, «La Charte canadienne et certains problèmes de bioéthique» (1984) 18 R.J.T. 273 à la p. 279; **S. PHILIPS-NOOTENS**, *supra*, note 11, 456; **M. HÉBERT**, *supra*, note 24, p. 520.

⁴⁴ Aux États-Unis, plus spécifiquement dans l'État de l'Orégon, une loi (*The Oregon Death With Dignity Act*, O.L. 1995, ch.3) autorise la pratique du suicide assisté. Voir les articles suivants. «Un débat de société: l'aide au suicide» *La Tribune [de Sherbrooke]* (21 février 1995) B7; «Managing a comfortable death» (1996) 347 *The Lancet* 1777 à la p. 1777.

Toutefois, il faut souligner qu'aux États-Unis le débat est loin d'être terminé. Dans l'article suivant «Le «testament» de l'archevêque de Chicago relance le débat sur l'euthanasie» *Le Soleil [de Québec]* (16 novembre 1996) A32, on énonce que: « [...] une trentaine d'organisation avaient déposé un dossier devant les neuf magistrats de la cour pour contester la constitutionnalité de deux décisions des tribunaux des États de New York et de Washington. Ces jugements rejetaient les lois interdisant la reconnaissance légale des suicides assistés, estimant qu'elles violent les droits constitutionnels des malades. [...] Mais l'avis de la Cour suprême, qui doit prendre une décision avant la fin de sa session actuelle, en juin 1997, est attendu par des milliers de malades [...] ».

1- Les Pays-Bas

La société néerlandaise fut la première nation à tolérer une telle activité. En effet, aux Pays-Bas, l'euthanasie se pratique couramment, bien qu'elle soit toujours en principe considérée comme un crime. Lorsque le médecin est sollicité pour une telle demande, il peut y répondre positivement. Cependant, il doit pratiquer l'euthanasie en respectant les dispositions de la loi. Sinon, selon le *Code pénal* néerlandais, il pourrait être passible de poursuites judiciaires.⁴⁵

1.1 La chronologie des événements marquants

L'intérêt porté à l'euthanasie par les néerlandais remonte au début des années 1970. Une femme médecin, Geertruida Postma, est reconnue coupable d'homicide pour avoir injecté à sa mère de 79 ans une dose létale de médicament. La vieille dame réclame la mort depuis longtemps. En effet, ses souffrances sont devenues insupportables et elle veut obtenir l'aide de sa fille afin de pouvoir mourir rapidement. Cette affaire fait couler beaucoup d'encre et engendre un courant de sympathie de la part de la population néerlandaise à l'égard de madame Postma. Elle est condamnée à une peine d'emprisonnement d'une

⁴⁵ **J. A. DICAMILLO**, «A Comparative Analysis of the Right to Die in the Netherlands and the United States After Cruzan: Reassessing the Right of Self-Determination» (1992) 27 Am. U.J. Int'l L. & Pol'y. 807 à la p. 812; **J. SAINT-ARNAUD**, «L'aide au suicide et l'euthanasie» (1995) 8 Frontières 3 à la p. 3; **J.F. SAUCIER**, «Obsession de mort et condamnation à vie: un essai anthropologique» (1995) 8 Frontières 14 à la p. 15; **D.J. ROY et al.**, *supra*, note 3, p. 457; **E. J. EMANUAL**, «Euthanasia - Historical, Ethical, and Empiric Perspective» (1994) 154 Arch Intern. Med. 1890 à la p. 1897, cet auteur mentionne: «This law does not legalize euthanasia; Article 293 remains in effect, and physicians who do not fulfill the three conditions can be still prosecuted for homicide».

semaine seulement et à un an de probation.⁴⁶ Suite à ces événements, l'Association médicale des Pays-Bas et les autorités judiciaires jugent qu'il est temps de publier des lignes directrices qui expliquent dans quelles conditions un accusé peut être exonéré d'une accusation d'euthanasie.⁴⁷

En 1984, deux événements majeurs stimulent l'évolution de la politique néerlandaise face à cette délicate question. Tout d'abord, survient l'affaire de Alkmaar où, encore une fois, c'est un médecin qui est pris en défaut. Il euthanasie une patiente âgée de 95 ans. Elle aussi souffre beaucoup et réclame la mort. Cette fois, la Cour de cassation reconnaît qu'un médecin peut être acquitté d'une accusation d'euthanasie lorsqu'il est confronté au dilemme suivant: soit respecter la loi en n'intervenant pas dans le processus de mort, soit soulager les souffrances du patient.⁴⁸ Ensuite, l'Association médicale des Pays-Bas rend publique sa vision de l'euthanasie. Ce document stipule que seul le médecin a la compétence pour faire

⁴⁶ Jugement du 21 février, 1973, Dist. Court Leewarden, (1973) No. 183 (Neth.), tiré de **L.T. NERLAND**, «A Cry for Help: A Comparison of Voluntary, Active Euthanasia Law» (1989) 13 *Hasting Int'l and Comparative Law Review* 115 à la p. 133; **E.J. EMANUAL**, *supra*, note 45, p. 1896.

⁴⁷ Canada, Rapport du Comité sénatorial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, *De la vie et de la mort*, Sénat du Canada, juin 1995, p. A-128. **L.T. NERLAND**, *supra*, note 46, p. 133; voir aussi, **E. J. EMANUAL**, *supra*, note 45, p. 1896.

⁴⁸ Jugement du 27 novembre, 1984, The Court of the Hoge Raad N.J. (1985), No. 106 tiré de **J.K.M GEVERS**, «Legal Developments Concerning Active Euthanasia on Request in Netherlands» (1987) 1 *Bioethics* 156 à la p. 159; **J. KEOWN**, «The law and practice of euthanasia in the Netherlands» (1992) 108 *The Law Quarterly Review*. 50 aux pp. 50-51; **J. A. DICAMILLO**, *supra*, note 45, p. 816; Rapport du comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-128.

des actes destinés à mettre un terme à la vie d'un patient et une liste de critères à satisfaire pour une demande d'euthanasie est présentée.⁴⁹

En 1986, 1987 et 1993, les autorités néerlandaises tentent sans succès de faire adopter des projets de lois qui permettraient d'inscrire dans le *Code pénal* ou la *Loi sur la pratique de la médecine* les critères à respecter lors de la pratique de l'euthanasie.⁵⁰

Puis, en 1990, le gouvernement néerlandais crée une Commission d'enquête sur la pratique médicale en matière d'euthanasie. Cette Commission, présidée par J. Remmelink, émet un certain nombre de recommandations avant que le gouvernement présente un projet de loi destiné à faire adopter des lignes directrices pour permettre la pratique de l'euthanasie.⁵¹ Mais la Commission Remmelink ne peut s'acquitter totalement de son mandat, et décide de faire appel à une équipe de recherche indépendante. Une vaste enquête est menée auprès des médecins et, cette fois-ci, elle ne touche pas seulement l'euthanasie, mais elle se penche également sur toutes les décisions médicales concernant la mort, même

⁴⁹ F.H. LOWY, D. SAWYER et JR. WILLIAMS, *supra*, note 4, p. 10.

⁵⁰ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-129.

⁵¹ F.H. LOWY, D. SAWYER et JR. WILLIAMS, *supra*, note 4 p. 39; voir aussi, H. HENDING, « Seduced by Death: Doctors, Patients, and the Dutch Cure (1994) 2 Issues in Law & Medicine 123 à la p. 136; A. JOAS, «Physician-Assisted Lethal Injection vs. the Plastic Bag: Will Euthanasia Legislation Ever Come? A Comparison of Standards in the Netherlands and the United States» (1992) 6 Temple Int'l & Comp L.J. 365 à la p. 370; E. J. EMANUAL, *supra*, note 45, p. 1898; Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-129.

celles prises sans le consentement du patient.⁵² Elle est dirigée par le professeur P.J. Van der Maas et les résultats sont publiés dans le rapport de la Commission Remmelink.⁵³ Ce rapport suscite de grandes controverses et plusieurs critiques à l'égard des données concernant les actes de fin de vie posés sans le consentement du patient, de même que des cas d'euthanasie non déclarés.⁵⁴ Il convient de bien préciser que selon les néerlandais, ces actes médicaux de fin de vie englobent aussi diverses situations. Lorsque nous administrons à un malade une forte dose de médicament, nous produisons souvent un double effet: les douleurs sont allégées et en même temps la vie du patient est abrégée. Puis, lorsque les fonctions vitales du patient sont sérieusement altérées et que la mort est imminente, il faut cesser ou s'abstenir de traiter ces patients. Dans ces cas, aucun moyen extraordinaire n'est utilisé pour sauver le malade.⁵⁵

Dans certains cas, on décide de commettre un acte entraînant la mort, sans que le patient l'ait demandé. C'est susceptible de se produire si le patient en a vaguement parlé sans jamais formuler une demande expresse. Cela pourrait arriver, par exemple, si le patient n'était plus capable de faire une telle demande ou si son état était manifestement intolérable.⁵⁶

⁵² J.VAN DELDEN, L. PIJNBORG et P.J. VAN DER MAAS, «The Remmelink Study Two Years Later» (1993) 23 Hastings Center Report 24 à la p. 24; voir aussi, Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-138.

⁵³ P.J. VAN DER MAAS *et al.*, «Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life» (1991) 338 The Lancet p. 669.

⁵⁴ A. JOAS, *supra*, note 51, p. 370. J. KEOWN, *supra*, note 48, p. 67; P.J. VAN DELDEN, L. PIJNBORG et P.J. VAN DER MAAS, *supra*, note 52, p. 25; J. SAINT-ARNAUD, *supra*, note 45, p. 4.

⁵⁵ A. JOAS, *supra*, note 51, p. 370.

⁵⁶ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-143.

Les néerlandais sont fortement critiqués par les autres nations. De plus, la confusion règne sur le plan de l'interprétation des statistiques, de même qu'en ce qui a trait aux définitions dans les décisions médicales qui concernent la mort. Certains médecins néerlandais ne considèrent pas que les gestes mentionnés ci-dessus sont de l'euthanasie.⁵⁷

Nous savons qu'à la fin de leur vie certains patients souffrent tellement qu'il faut faire quelque chose pour les soulager. Cela se passe aux États-Unis comme dans votre pays. A ce moment-là, le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté [...] Je dirais qu'il y a également eu des cas non conformes aux règles établies. Certaines personnes estiment que cela ne devrait plus se produire. Il a été suggéré de mettre en place une nouvelle politique afin que l'on demande plus tôt aux patients ce qu'ils désirent au lieu d'attendre qu'ils perdent leur lucidité ou sombrent dans un état comateux.⁵⁸

En 1993, le gouvernement néerlandais propose de nouvelles directives pour permettre aux médecins la pratique de l'euthanasie et l'aide au suicide. Nous verrons dans les lignes qui suivent les détails de cette politique.

1.2 La législation sur la mort

Il faut souligner que la politique néerlandaise à l'égard de l'euthanasie repose sur deux piliers: le respect du droit à l'autodétermination du patient et la compassion.⁵⁹ Cet acte

⁵⁷ D. J. ROY *et al.*, *supra*, note 3, p. 468.

⁵⁸ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-143.

⁵⁹ H. JOCHEMSEN «Euthanasia in Holland an Ethical Critique of the New Law», (1994) 20 *Journal of Medical Ethics* 212 à la p. 213; voir aussi, E. VOLANT, «La question de l'euthanasie aux Pays-Bas» (1990) 3 *Frontières* 44 à la p. 45; J. A. DICAMILLO, *supra*, note 45, p. 812.

est perçu comme un geste de bienfaisance et de bonté parce qu'il permet de mettre un terme aux souffrances des malades.⁶⁰

Aux Pays-Bas, l'article 293 du *Code pénal* définit l'euthanasie comme un acte criminel:

Quiconque donne la mort à une personne à sa demande expresse et sérieuse est passible d'une peine d'emprisonnement de douze ans ou d'une amende de catégorie cinq.⁶¹

L'acte euthanasique posé par le médecin ne fait pas l'objet de poursuites lorsque certaines conditions et précautions sont remplies et observées. Les principales conditions exigées pour provoquer la mort d'un malade sont les suivantes:

- 1- Le patient doit avoir fait une demande d'euthanasie explicite et répétée.
- 2- Le patient doit recevoir suffisamment d'information sur sa situation médicale et sur les divers traitements possibles.
- 3- Même si le patient n'est pas en phase terminale les souffrances physiques ou mentales sont intenses et sans espoir de soulagement.
- 4- La décision du malade est éclairée et exprimée en toute liberté.
- 5- Les solutions envisagées par les médecins pour soulager le patient sont inefficaces et déraisonnables.
- 6- Le médecin doit absolument consulter un confrère indépendant avant d'euthanasier son malade.

⁶⁰ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-133; voir aussi, J. VAN DELDEN, L. PIJNENBORG et P. J. VAN DER MAAS, *supra*, note 52, p. 26; M. DE WATCHER, «Euthanasia in the Netherlands» (1992) 22 Hastings Center Report 23 à la p. 31.

⁶¹ J. KEOWN, *supra*, note 48, p. 51; voir aussi, E. VOLANT, *supra*, note 59, p. 44; M. DE WATCHER, *supra*, note 60, p. 26; J. A DICAMILLO, *supra*, note 45, p. 812.

- 7- Le médecin doit signaler la mort de son patient au médecin légiste comme étant une mort non naturelle.⁶²

En février 1993, le gouvernement néerlandais propose de nouvelles directives pour régulariser la situation de l'euthanasie sur son territoire. Elles s'inscrivent dans le document parlementaire 22572⁶³ qui modifie l'article 10 de la *Loi sur les pompes funèbres*.⁶⁴ L'article 10 stipule que lorsque le médecin commet un acte euthanasique, il doit rédiger un rapport complet à partir d'un questionnaire exhaustif subdivisé en cinq rubriques.⁶⁵ Il est étonnant de constater qu'une de ces rubriques est consacrée à l'interruption de la vie sans que le patient en ait fait la demande. Il semble y avoir contradiction avec les critères mentionnés plus haut. Nous remarquons aussi que non seulement les souffrances physiques peuvent être admissibles pour obtenir l'euthanasie, mais aussi les souffrances mentales. Ces derniers cas

⁶² **R.J.M. DILLMANN et J. LEGEMAATE**, «Euthanasia in the Netherlands: The State of the Legal Debate» (1994) 1 *European Journal of Health Law* p. 84; voir aussi, **F. GRUNBERG**, «La médicalisation de l'aide au suicide» (1995) 8 *Frontières* 16 à la p. 17; Rapport du comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-131.

⁶³ **R.J.M. DILLMANN et J. LEGEMAATE**, *supra*, note 62, p. 81; voir aussi, **E. J. EMANUEL**, *supra*, note 45, p. 1897; **H. JOCHEMSEN**, *supra*, note 59, p. 214.

⁶⁴ **A. JOAS**, *supra*, note 51, p. 370; voir aussi, **H. JOCHEMSEN**, *supra*, note 59, p. 216.

Nom du document: Insertion de la procédure de déclaration sur les actes médicaux visant à abréger la vie sur demande ou non dans un règlement d'administration publique. Voir annexe 1. Il est entré en vigueur en juin 1994.

⁶⁵ Rubriques:

- 1- Histoire de la maladie;
- 2- Demande d'interruption de la vie;
- 3- Interruption active de la vie sans demande expresse;
- 4- Consultation d'autres médecins;
- 5- Interruption effective de la vie.

sont particulièrement troublants et nous laissent perplexe considérant l'inaptitude possible de ces patients. Dans l'affaire Chabot,⁶⁶ la Cour s'est clairement prononcée à cet effet:

[...] la Cour a jugé que même un malade psychiatrique pouvait être apte à demander qu'on l'aide à se suicider...les personnes qui ne sont pas des malades psychiatriques mais sont affligées de douleurs mentales graves et irréductibles ont le même droit que les autres patients.⁶⁷

Cette nouvelle procédure de déclaration repose donc sur une base légale et obligatoire. Le médecin qui refuse de s'y soumettre peut être poursuivi, mais les autorités ont adopté comme politique de ne jamais poursuivre le médecin lorsqu'il respecte la procédure établie.⁶⁸

De plus, il faut souligner la particularité de l'article 40, du *Code pénal* néerlandais. Cet article stipule qu'un accusé peut présenter une défense de nécessité s'il a été contraint d'agir pour une raison dite «overmatch», c'est-à-dire, un cas de force majeure. Par exemple, si le médecin enfreint la loi en pratiquant un acte euthanasique, grâce à l'article 40, son crime pourrait être considéré comme moins grave. Le médecin pourrait alors invoquer qu'il

⁶⁶ Jugement du 21 juin, 1994, Supreme Court of the Netherlands, N.J. (1994) No. 96972; tiré de, **A. D. OGILVIE et S. G. POTTS**, «Assisted Suicide for Depression: the Slippery Slope in Action?» (1994) 309 British Medical Journal 492 à la p. 492; voir aussi, Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-133. Un psychiatre a prescrit un médicament à une de ses patientes pour qu'elle puisse se suicider. Cette femme vivait un chagrin insurmontable suite au suicide de son fils aîné et au décès de son plus jeune garçon qui était atteint d'un cancer.

⁶⁷ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-135.

⁶⁸ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-130; voir aussi, **E. J. EMANUEL**, *supra*, note 45, p. 1897.

a agi par nécessité, que son geste avait comme but premier de soulager les souffrances intolérables de son patient.⁶⁹ Sans contredit, cet article confère un très grand pouvoir aux médecins, et nous nous questionnons sérieusement à ce propos. En reconnaissant l'argument de force majeure pour justifier des actes d'euthanasie, la jurisprudence entérine des pratiques qui se font en dehors des lignes directrices établies par la loi.⁷⁰ Cette disposition n'ouvre-t-elle pas la porte à des abus?

Après avoir exposé ce bref historique des faits marquants qui ont conduit les Pays-Bas à se doter d'une politique qui autorise la pratique de l'euthanasie, nous présentons, dans la section suivante, les conditions de pratique de l'euthanasie dans un État Australien.

2- L'Australie

Le Territoire du Nord Australien adopte en 1995 une loi (*Rights of The Terminally Ill Act*) autorisant l'aide au suicide et l'euthanasie volontaire.⁷¹ Cet État devient la première

⁶⁹ A. M. CAPRON, «Euthanasia in the Netherlands American Observations» (1992) 22 Hastings Center Report 30 à la p. 31; voir aussi, M. DE WATCHER, *supra*, note 60, p. 26; A. JOAS, *supra*, note 51, p. 372; H. HENDING, *supra*, note 51, p. 35, 163; J. KEOWN, *supra*, note 48 p. 53, cet auteur affirme: «The defence of necessity is contained in article 40 of the Penal Code, which provides that a person who commits an offence as a result of "irresistible compulsion or necessity [*overmacht*] is not criminally liable", and takes two forms. The first is "psychological compulsion". The second is "emergency"[*noodtoestand*] and applies when the defendant chooses to break the law in order to promote a higher good.»; voir aussi, Rapport du Comité sénatorial *supra*, note 47, p. A-127.

⁷⁰ J. SAINT-ARNAUD, *supra*, note 45, p. 4.

⁷¹ «Australie: première loi au monde autorisant l'euthanasie» *La Presse [de Montréal]* (2 juillet 1995) C10. Voir l'annexe II pour les détails de la loi. Quelques précisions nous

juridiction au monde à décriminaliser ouvertement le droit à la mort.⁷² Mais tout récemment, le 25 mars 1997, le Sénat australien renverse cette nouvelle politique et interdit la pratique de l'euthanasie dans le Territoire du Nord Australien.⁷³ Des représentants de l'Église et des regroupements prônant la défense de la vie humaine se sont fortement opposés à cette loi.⁷⁴

semblent utiles afin de mieux comprendre le fonctionnement du droit en Australie. Ce pays est un État fédéral divisé en six États indépendants et deux territoires. (Australie-Méridionale, Australie-Occidentale, Nouvelle-Galles du Sud, Queensland, Tasmanie, Victoria, Territoire du Nord et Territoire de la Capitale Australienne). Sur le plan de la justice criminelle, nous devons nous référer à chaque État. En fait, le droit criminel Australien repose sur plusieurs sources: les codes criminels du Queensland, de l'Australie occidentale, du Territoire du Nord et de la Tasmanie. Le système de droit en vigueur est la *common law*. Voir les auteurs suivants à ce sujet: **K. M. SHARMA**, «Euthanasia in Australia» (1986) 2 *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 131 à la p. 133; **P. THOMPSON**, «The Law and Active Euthanasia: Whose Life is it Anyway?» (1995) 2 *Journal of Law and Medicine* 233 à la p. 239; Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-165.

⁷² **K. COLE-ADAMS**, «Kinder, Gentler Death? A New Euthanasia Law Allows Some Australian Doctors to Help Terminally Ill Patients Die» *Time* (June 12 1995) 36 à la p. 36; **I. H. KERRIDGE et R. MITCHELL**, «The Legislation of Active Voluntary Euthanasia in Australia: Will the Slippery Slope Prove Fatal?» (1996) 22 *Journal of Medical Ethics* 273 à la p. 273.

⁷³ **N. TAIT**, «Euthanasia: Australian Senate Overturns Voluntary choice law» *Financial Times Limited*, Sydney (25 March 1997), Adresse Internet: <http://www.ft.com/hippocampus/4bd8e.htm>.

⁷⁴ **M. BOULVA**, «Territoires de l'Australie: l'euthanasie interdite» (1997) 11 *L'informateur catholique* p. 6. «Selon la *Coalition pour la défense de la vie humaine*, un organisme de Perth, le Sénat a ramené l'Australie au rang des nations civilisées en adoptant cette loi anti-euthanasie. Le secrétaire de la coalition Richard Egan, a en outre indiqué que la grande majorité des mémoires soumis au Sénat, y compris des mémoires présentés par des citoyens du Territoire du Nord, s'opposaient à la loi qui avait alors cours dans le Territoire du Nord».

Nous allons quand même en vérifier les grands principes, puisque quatre personnes ont pu, jusqu'à ce jour, se prévaloir du droit que leur assurait cette loi.⁷⁵

2.1 La chronologie des événements marquants

Il y a très peu de cas d'euthanasie ou d'aide au suicide qui sont rapportés dans la jurisprudence australienne.⁷⁶ Néanmoins, l'auteur Margaret Otlowski a quand même effectué une recherche très poussée sur les cas de meurtre par compassion dans les différentes juridictions australiennes et ses conclusions nous apparaissent intéressantes à signaler. Elle mentionne que les juges et les jurés démontrent toujours une sympathie et de l'indulgence à l'égard des personnes qui ont commis un meurtre par compassion même si le code criminel l'interdit.⁷⁷ Les contrevenants ont tous agi dans des circonstances exceptionnelles. L'amour et la compassion pour la victime sont les principaux facteurs cités pour justifier leur geste.⁷⁸ De plus, ils ont démontré un bon esprit de collaboration envers les enquêteurs

⁷⁵ *Id.* p. 6.

⁷⁶ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-167.

⁷⁷ M. OTLOWSKI, «Mercy Killing Cases in the Australian Criminal Justice System» (1993) 17 Criminal Law Journal 10 à la p. 31. Nous pouvons citer deux causes où des professionnels de la santé sont poursuivis par la justice après avoir euthanasié une personne. L'affaire *R. v. Larkin*, Unreported, Supreme Court (Vic), 14 April 1983. Une infirmière injecte une dose fatale d'insuline à son conjoint qui est maniaco-dépressif. La Cour lui impose un cautionnement de trois ans pour bonne conduite. Dans l'arrêt *Barnes*, Unreported, Supreme Court (N.S.W.), 16 November 1981. Un infirmier est accusé de tentative de meurtre pour avoir administré une dose de pethidine à une patiente âgée qui souffre beaucoup. Le jury rend un verdict de non-culpabilité parce que l'accusé souffre de problèmes de santé mentale. Pour plus de détails voir l'auteur cité ci-haut à la p. 17 pour l'affaire *Larkin*, et à la p. 20 pour l'arrêt *Barnes*.

⁷⁸ *Id.*, p. 26.

de la police en avouant leur crime sans hésitation.⁷⁹ L'auteur propose donc une réforme du *Code criminel* en créant une distinction entre le meurtre et le meurtre par compassion.⁸⁰ Cette grande indulgence face aux personnes qui ont commis un meurtre par compassion a certainement favorisé l'adoption de la loi qui autorise l'euthanasie.

En Australie, la dernière décennie est marquée par la présentation de nombreux projets de loi qui visent à favoriser la revendication du droit à la mort. Tout d'abord, en 1983 l'État de la Nouvelle-Galles du Sud se dote du "*Natural Death Act*", qui s'adresse spécifiquement aux personnes souffrant d'une maladie incurable et irréversible. Il donne aux malades en phase terminale le droit de refuser des traitements ou mesures médicales extraordinaires qui pourraient prolonger indûment la vie.⁸¹

Par la suite, en 1988, l'État de Victoria élabore un projet de loi, le "*Medical Treatment Act 1988*". Dans ce document, il est stipulé que non seulement les patients en phase terminale peuvent refuser ou interrompre un traitement, mais ce droit est également donné aux patients adultes et compétents.⁸²

⁷⁹ *Id.*, p. 13.

⁸⁰ *Id.*, p. 37.

⁸¹ *Natural Death Act* No. 121 1983 (SA) (NDA); voir à ce sujet, **K. M. SHARMA**, *supra*, note 71, p. 136.

⁸² *Medical Treatment Act 1988* No. 41 (VIC) (MTA), voir à ce sujet, **D. MENDELSON**, «Jurisprudential Aspects of Withdrawal of Life Support Systems from Incompetent Patients in Australia» (1995) 69 *The Australian Law Journal* 259 à la p. 260.

Au cours de l'année 1993, le Territoire de la Capitale australienne propose une loi sur l'euthanasie, le "*Voluntary and Natural Death Bill 1993*". Pour la première fois, il est mentionné clairement qu'un médicament provoquant la mort peut être administré aux patients qui souffrent d'une maladie terminale. Cependant, cette initiative est rejetée le 11 mai 1994 par l'Assemblée Législative.⁸³

L'Australie-Méridionale soumet pour sa part le "*Voluntary Euthanasia Act 1995*". Ce projet de loi permettrait aux patients en phase terminale de recevoir une aide à la mort sur demande. Il est actuellement examiné par le Parlement.⁸⁴

Le gouvernement du Territoire du Nord annonce un matin de mai 1995 que le projet de loi "*Rights of The Terminally Ill Act*" est adopté.⁸⁵ Cette loi est entrée en vigueur le premier juillet 1996 et c'est le premier ministre Marshall Perron qui en est le parrain. Il n'a pu s'empêcher de promouvoir l'euthanasie après avoir vu sa mère, atteinte d'une maladie mortelle, souffrir pendant deux ans pour finalement rendre l'âme dans des douleurs

⁸³ P. THOMPSON, *supra*, note 71, p. 244.

⁸⁴ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-168.

⁸⁵ D. MENDELSON, «The Northern Territory's Euthanasia Legislation in Historical Perspective» (1995) 3 Journal of Law and Medicine 136 à la p. 136; voir aussi, I. H. KERRIDGE et R. MITCHELL, *supra*, note 72, p. 273; Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-167. Il semble y avoir confusion sur la date exacte, nous avons en effet, remarqué dans les textes trois dates différentes soit le 24, le 25 ou le 26 mai.

atroces.⁸⁶ Il est intéressant de constater que les expériences personnelles des politiciens peuvent mener à des lois qui affectent la collectivité de façon magistrale.

Nous ne pouvons passer sous silence les nombreux amendements apportés au "*Rights of The Terminally Ill Act*". Cette loi a franchi plusieurs obstacles avant d'être adoptée telle que nous la connaissons. Aussi, la terminologie utilisée dans ce texte de loi fut l'objet de plusieurs critiques; une précision des termes était aussi nécessaire afin d'éviter la confusion dans l'interprétation.⁸⁷ Puis finalement, le 25 mars dernier, le Sénat australien révoque la loi de 1995 par 38 voix contre 33.⁸⁸

2.2 La loi de 1995 du Territoire du Nord

Tout d'abord, signalons que les juridictions australiennes sont dotées respectivement d'un article dans leur *Code criminel* qui interdit à quiconque d'aider ou de conseiller à

⁸⁶ C. ZINN, «Euthanasia Bill Divides Australia Doctors and Mps.» (1995) 310 British Medical Journal 420 à la p. 420.

⁸⁷ C. ZINN, «Australian Doctors Fight new Euthanasia Laws» (1996) 312 British Medical Journal 529 à la p. 529. Cette loi fut amendée par Rights of the Terminally Ill Act Amendement 1996; voir aussi, D. ROBERTSON, «The Withdrawal of Medical Treatment From Patients: Fundamental Legal Issues» (1996) 70 The Australian Law Journal 723 à la p. 724; D. MENDELSON, *supra*, note 85, p. 136.

⁸⁸ M. BOULVA, *supra*, note 74, p. 6. L'auteur mentionne que ce vote récent du Parlement n'empêche pas les autres États de l'Australie d'adopter à leur tour des lois autorisant le suicide assisté. «Seuls les deux territoires - celui du Nord et celui de la Capitale - sont soumis à la Constitution et au Parlement fédéral».

quelqu'un de se suicider. C'est à l'article 168 du *Code criminel*⁸⁹ du Territoire du Nord que nous retrouvons cette interdiction.⁹⁰ Le *Code criminel* n'ayant pas été abrogé, les gestes posés par les médecins qui visent à abrégier la vie ne sont permis que dans le cadre de la nouvelle loi.

En Australie, tout comme au Canada, le droit reconnaît l'autonomie de l'individu, le droit à la dignité et à la qualité de vie. Puis, comme chez nous, les médecins doivent toujours agir dans le meilleur intérêt du malade.⁹¹ L'Australie s'inspire notamment de la jurisprudence anglaise *Airedale National Health Service Trust c. Bland*⁹² pour faire valoir ces grands principes fondamentaux.⁹³

Le "*Rights of The Terminally Ill Act*" est entré en vigueur le 1er juillet 1996. Cette loi permet au patient en phase terminale de demander à un médecin une assistance pour

⁸⁹ *Code criminel* 1983 (N.T.). [...]it is an offence to "procure" or "counsel" another to kill himself or "aid" another in killing himself.

⁹⁰ M. OTLOWSKI, *supra*, note 77, p. 13.

⁹¹ D. ROBERTSON, *supra*, note 87, p. 724 à 735; l'auteur cite plusieurs arrêts qui viennent confirmer tous ces droits; voir aussi, D. MENDELSON, *supra*, note 85, p. 144.

⁹² *Airedale National Health Service Trust c. Bland* [1993], AC 789.

⁹³ D. ROBERTSON, *supra*, note 87, p. 725 à 727; l'auteur traite largement de cette affaire. Suite à des blessures subies dans une émeute à un match de football, un jeune homme se retrouve dans un état végétatif sans espoir de guérison. On le garde en vie artificiellement. La Cour se prononce en faveur d'un arrêt de traitement parce que, dit-elle, maintenir M. Bland en vie n'est pas dans son meilleur intérêt et c'est aussi une source d'indignité pour lui. La Cour invoque aussi le caractère sacré de la vie; voir à la p. 859 de l'arrêt *Airedale National Health Service Trust c. Bland* aussi, P. THOMPSON, *supra*, note 71, p. 241.

l'aider à mourir.⁹⁴ Elle est subdivisée en plusieurs parties.⁹⁵ La deuxième section explique les procédures à entreprendre par le malade qui désire poser sa candidature à l'euthanasie. Ensuite, apparaît la description des nombreuses conditions à respecter par les médecins lorsqu'ils décident d'aider un patient à mourir. Nous citons quelques-unes de ces conditions afin de les comparer ultérieurement avec les procédures mises en place par les Pays-Bas.

- 1- Le malade est âgé de 18 ans ou plus et est atteint d'une maladie terminale sans espoir de guérison.
- 2- Le niveau de souffrance, de douleur et de détresse du patient est jugé inacceptable.
- 3- Le médecin a le devoir d'informer son patient sur la possibilité de choisir une autre alternative comme les soins palliatifs.
- 4- Le diagnostic fait par le premier médecin est confirmé par un second médecin indépendant et un psychiatre qui s'assure que le patient ne souffre pas de dépression et est sain d'esprit.
- 5- Le patient doit faire une demande écrite et signée devant deux médecins. En cas d'incapacité physique, une autre personne doit signer pour le malade et ce, toujours devant les deux médecins.
- 6- C'est le médecin qui fournit lui-même l'aide demandée ou pose le geste à la place du malade et il demeure sur place jusqu'à la mort de son patient.⁹⁶

⁹⁴ C. ZINN, «Australia Passes First Euthanasia Law» (1995) 310 *British Medical Journal* 1427 à la p. 1427; L. CLAUSEN, «One Man's Death Divides the Living - The World's First Right-to-Die Legislation is Put into Practice in Northern Australia» (October 7 1996) *Time* 32 à la p. 32; D. MENDELSON, *supra*, note 85, p. 136.

⁹⁵ 1- Préliminaires;
 2- Demande pour obtenir une assistance;
 3- Enregistrement et signalement des décès;
 4- Divers.

Ces différentes dispositions sont subdivisées en plusieurs sections très détaillées. Voir l'annexe II.

⁹⁶ C.J. RYAN et M. KAYE, «Euthanasia in Australia- The Northern Territory Right of the Terminally Ill Act» (1996) 334 *The New England Journal of Medicine* 326 à la p. 326; Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-168. C. ZINN, *supra*, note 86, p. 421.

Le malade peut aussi annuler sa requête d'euthanasie en tout temps. Effectivement, certaines clauses sont prévues à ce propos. Puis, à toutes ces dispositions, s'ajoutent les peines auxquelles s'exposent les personnes qui pourraient contrevenir aux diverses procédures décrites dans la deuxième section de cette loi.⁹⁷

La troisième section du "*Rights of The Terminally Ill Act*" est consacrée à l'enregistrement et au signalement des décès. Le médecin qui euthanasie un patient doit se conformer à certaines procédures de déclaration très strictes, sinon des pénalités peuvent lui être imposées.⁹⁸

La quatrième section de la loi comprend divers éléments qui ont trait aux assurances, au formulaire de demande d'assistance par le patient et au formulaire que les témoins doivent signer.⁹⁹

Il convient à présent d'amorcer une brève analyse comparative des législations élaborées par les Pays-Bas et l'Australie.

⁹⁷ Les peines prévues sont de quatre ans d'emprisonnement ou une amende de 20,000\$.

⁹⁸ Les pénalités prévues sont de deux ans d'emprisonnement ou 10,000\$ d'amende.

⁹⁹ Ces formulaires peuvent être consultés dans l'annexe II.

3- L'analyse des convergences et divergences de ces législations

Tout d'abord, nous remarquons une ressemblance en ce qui a trait aux faits historiques qui ont mené ces deux pays à adopter des mesures qui autorisent la pratique de l'euthanasie. En effet, plusieurs projets de loi ainsi que des cas de meurtre par compassion ont subtilement ouvert la porte au droit à la mort. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, ces deux sociétés reconnaissent l'importance des grands principes fondamentaux de l'autonomie du patient et de son droit à l'autodétermination.¹⁰⁰ Elles admettent aussi que l'on doit accorder de l'importance à la qualité de la vie plutôt qu'à sa durée. Enfin, elles conviennent également que la notion de compassion envers les personnes souffrantes est essentielle.¹⁰¹ Examinons plus en détail les distinctions dans les conditions que ces deux pays ont élaborées lorsque quelqu'un veut exercer son droit à la mort sur demande.

En premier lieu, il faut préciser que le *Code criminel* et le *Code pénal* des juridictions analysées ne sont aucunement modifiés. Il faut comprendre que l'euthanasie ne se pratique que dans un cadre médical: les meurtres par compassion faits par des personnes autres que des médecins ne sont toujours pas autorisés. Les nouvelles dispositions relatives à la pratique de l'euthanasie sont décrites dans le document parlementaire 22572 pour les Pays-Bas, et dans la loi "*Rights of The Terminally Ill Act*", pour l'Australie. Cependant,

¹⁰⁰ P. THOMPSON, *supra*, note 71, p. 239.

¹⁰¹ *Id.*, p. 236.

contrairement aux Pays-Bas, bien que l'Australie décriminalise l'euthanasie,¹⁰² les médecins de ce pays ne peuvent se prévaloir, comme leurs confrères néerlandais, de l'immunité accordée par le principe de force majeure.¹⁰³ Pour les australiens, la défense de nécessité se justifie seulement lorsqu'il y a une urgence médicale et qu'il est impossible d'obtenir le consentement du malade.¹⁰⁴

En second lieu, nous avons comparé les conditions exigées pour être éligible à l'euthanasie. Il résulte de cette analyse que généralement les règles énoncées sont presque identiques tant sur le plan du devoir d'information dont le médecin doit s'acquitter envers son patient, que sur le plan de l'obtention du consentement libre et éclairé du malade.

Toutefois, les différences se précisent dans la consultation des professionnels qui devront entériner la demande d'euthanasie. Aux Pays-Bas, le médecin ne consulte qu'un confrère, tandis qu'en Australie, il est nécessaire, en plus, d'acheminer une demande de consultation à un psychiatre afin de s'assurer que le patient ne souffre pas de dépression et est apte à prendre une décision.¹⁰⁵ Cette différence est majeure puisqu'aux Pays-Bas la dépression peut devenir un motif d'euthanasie. En effet, la plus grande distinction entre les lois des deux pays concerne les catégories de malades qui ont droit à l'euthanasie. Aux Pays-

¹⁰² «Australie: première loi au monde autorisant l'euthanasie» *supra*, note 71.

¹⁰³ A ce sujet voir les auteurs cités à la note 69.

¹⁰⁴ **D. ROBERTSON**, *supra*, note 87, p. 725.

¹⁰⁵ **C.J. RYAN, M. KAYE**, *supra*, note 96, p. 327.

Bas, il est mentionné que l'euthanasie n'est pas réservée exclusivement aux patients atteints d'une maladie incurable en phase terminale. De fait, les personnes éprouvant des souffrances mentales intenses peuvent y être admissibles,¹⁰⁶ alors qu'en Australie, ce droit est restreint aux malades en phase terminale seulement.¹⁰⁷

Cette dimension est extrêmement importante, et il est normal qu'elle soulève des interrogations majeures. Il existe différents niveaux de troubles de santé mentale; citons en exemple le fait d'être confronté à un simple cas de trouble d'adaptation, comme à une sévère schizophrénie ou encore, à certains cas de troubles anxieux d'origine névrotique.¹⁰⁸ Malheureusement, il arrive que la médecine moderne ne puisse soulager les souffrances de ces patients. Ils peuvent éprouver des douleurs psychologiques telles que des délires ou des hallucinations, et leur comportement peut être aussi parfois complètement désorganisé. Alors, comment évaluer ce degré de douleur et de souffrance? Est-il moindre que la détresse et la souffrance que peut ressentir la personne en phase terminale d'un cancer? Pourquoi ces gens sont-ils laissés pour compte et n'auraient-ils pas eux aussi, au nom du respect de leur autonomie, un droit à la mort?¹⁰⁹

¹⁰⁶ *Id.*, p. 327.

¹⁰⁷ I.H. KERRIDGE et R. MITCHELL, *supra*, note 72, p. 277.

¹⁰⁸ Pour une description détaillée de ces maladies voir: American Psychiatric Association. Mini dsm-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994) Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson. Paris, 1996 384 pages.

¹⁰⁹ I. H. KERRIDGE et R. MITCHELL, *supra*, note 72, p. 277.

Nous avons vu aussi que les Pays-Bas sont critiqués à propos d'une polémique concernant l'interprétation des résultats du rapport Remmelink et de l'étude de Van der Maas. En effet, certains auteurs comprennent que l'on euthanasie des gens sans leur consentement.¹¹⁰ Pour leur défense, les néerlandais ont démontré de quelle façon ils classaient ces cas. Mais il n'en reste pas moins que quelques cas d'euthanasie sont restés inexplicables ou inclassables.¹¹¹ En effet, l'étude de Van der Maas démontre ceci:

[...] près de 1 p. 100 des décès (0,8p. 100, ou 1000 environ) relevés pendant la période à l'étude étaient imputables à des actes entraînant la mort sans qu'il y ait eu de demande expresse et persistante du patient [...]¹¹²

Pour contrer cette situation indésirable, il semble que le gouvernement néerlandais s'apprêterait à proposer un resserrement dans les lignes directrices émises à l'égard de la pratique de l'euthanasie.¹¹³

En ce qui concerne l'Australie, il est impossible de se prononcer davantage sur la mise en oeuvre de la nouvelle loi, car nous avons vu que celle-ci vient d'être révoquée par le Sénat. Cependant, si les australiens récidivent, ils ne doivent pas perdre de vue que le

¹¹⁰ **J. L. BAUDOUIN**, *supra*, note 5, p. 24; voir aussi, **M. ANGELL**, «Euthanasia in the Netherlands - Good News or Bad?» (1996) 335 *The New England Journal of Medicine* 1676 à la p. 1676.

¹¹¹ **H. JOCHEMSEN**, *supra*, note 59, p. 215.

¹¹² Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-143.

¹¹³ **J. BRANEGAN**, ««I Want to Draw the Line Myself» Euthanasia and assisted suicide are still against the law in the Netherlands, but more people there are choosing to end their own life» *Time* (March 17 1997) 31 à la p. 31.

respect de l'autonomie de la personne et la compassion sont les valeurs de base à partir desquelles ils doivent élaborer leurs directives. Les auteurs Kerridge et Mitchell se questionnent face aux véritables motifs qui ont permis à une telle loi de voir le jour: le support accordé à cette loi était-il basé sur une vision dangereusement naïve du droit à l'autonomie? Pourtant,

Our lives, our deaths, our dying and our dignity demand and deserve a more sensitive exploration and understanding of the euthanasia debate, not the political expediency delivered in the haze of a tropical May morning.¹¹⁴

C- La position du Canada face à la revendication du droit à la mort

Le Canada refuse, jusqu'à ce jour, de se prononcer en faveur d'une politique qui donne à ses citoyens le droit d'obtenir la mort sur demande. A cet effet, la Commission de réforme du droit du Canada publie un rapport en 1983 intitulé: *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*. Ce rapport recommande de ne pas légaliser l'euthanasie et de continuer à traiter cet acte comme un homicide. Il est ajouté que la légalisation serait inacceptable, car elle serait dangereuse sur le plan de ses effets: des abus de toutes sortes risqueraient de se produire.¹¹⁵ En ce qui concerne l'aide au suicide, la Commission arrive aux mêmes conclusions: il serait inapproprié de décriminaliser cet acte.¹¹⁶

¹¹⁴ I.H. KERRIDGE et R. MITCHELL, *supra*, note 72, p. 278.

¹¹⁵ Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 6, p. 53.

¹¹⁶ P. DESCHAMPS, «L'aide au suicide: légalisation ou décriminalisation» (1995) 8 *Frontières* 11 à la p. 11; voir aussi Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 6, p. 78.

1- L'historique des faits marquants

C'est en 1972 que le Parlement canadien décriminalise la tentative de suicide.¹¹⁷ La *Charte canadienne des droits et libertés* entre en vigueur en 1982. Par la suite, de 1991 à 1993, plusieurs projets de loi, plus ou moins élaborés, concernant l'euthanasie et l'aide au suicide sont présentés à la Chambre des Communes. Nous les mentionnons à titre d'information: il s'agit des projets C-351, C-203, C-261 et C-385 qui sont tous reportés à une date ultérieure.¹¹⁸

En 1993, l'Association médicale canadienne publie un rapport intitulé, *Les médecins canadiens et l'euthanasie*. Le but de cet ouvrage est de bien informer les médecins canadiens des aspects déontologiques, juridiques et sociaux reliés à l'euthanasie.¹¹⁹ Un an plus tard, l'Association médicale canadienne adopte une résolution qui interdit aux médecins de participer à l'euthanasie et à l'aide au suicide.¹²⁰

¹¹⁷ J. SAINT-ARNAUD, *supra*, note 3, p. 24; J. L. BAUDOUIN, *supra*, note 2, p. 520. Quant au suicide l'infraction n'a pas été retenue dans le *Code criminel* canadien.

¹¹⁸ Rapport du comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-27, voir aussi, M. SMITH, S. ALTER et S. HARDER, «L'euthanasie et l'interruption de traitement» (1992) Bulletin d'actualité, Service de recherche Bibliothèque du Parlement, p. 24. Les auteurs font une chronologie des faits marquants.

¹¹⁹ F. H. LOWY, D. SAWYER et JR. WILLIAMS, *supra*, note 4, p. V.

¹²⁰ J. GORDON, «La nouvelle politique de l'AMC sur l'aide médicale à la mort: Quel consensus? Quel combat?» (1994) 151 17 Canadian Medical Association Journal 1005 à la p. 1005; L. LEVESQUE, «Les médecins: non à l'aide au suicide et à l'euthanasie» *La Presse [de Montréal]* (17 août 1994).

Nous ne pouvons passer sous silence deux événements qui ont été largement médiatisés. Il s'agit tout d'abord de l'affaire québécoise *Nancy B.*¹²¹ qui concerne la cessation de traitement. Cette jeune femme est atteinte de la maladie de Guillain-Barré à un stade irréversible. Elle survit grâce à un respirateur, mais elle demande qu'on le lui retire, car elle veut mourir dignement.¹²² Puis l'affaire *Sue Rodriguez*,¹²³ en Colombie-Britannique soulève la question de l'aide au suicide. Madame Rodriguez est affectée gravement par la maladie de Lou Gehrig qui la rendra complètement paralysée dans un avenir rapproché. Elle demande de pouvoir disposer, lorsque le moment sera venu, d'une assistance médicale afin de mettre fin à sa vie.¹²⁴ Ces deux causes ont certainement contribué à renforcer l'opinion publique qui semble pencher en faveur de l'euthanasie et de l'aide au suicide.¹²⁵

En février 1994, le député Svend Robinson tente, sans succès, de faire adopter le projet de loi C-215 qui propose un amendement au *Code criminel* afin de permettre le suicide assisté aux personnes qui sont en phase terminale d'une maladie incurable. Il est

¹²¹ *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

¹²² Le juge se rend à ses arguments après avoir vérifié son aptitude à prendre une telle décision: il reconnaît le droit de la jeune femme de refuser le traitement qui la maintient en vie. Dans le même sens voir: *Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.).

¹²³ *Rodriguez c. Colombie-Britannique* (P.G.) [1993] 3 R.C.S. 519.

¹²⁴ *Id.*, p. 520.

¹²⁵ Y. BRILLON *et al.*, «Attitudes face à l'euthanasie de la part du personnel médical et infirmier travaillant en soins palliatifs» (1995) 8 *Frontières* 27 à la p. 29.

intitulé *Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide)*.¹²⁶ Ainsi le médecin qui répondrait à la requête du malade qui veut obtenir de l'aide pour se donner la mort ne commettrait pas d'infraction. Il est donc proposé de modifier aussi l'article 14 du code criminel qui traite du consentement à la mort:

Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

et l'article 241 qui aborde pour sa part l'aide au suicide.

Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas:

- a) conseille à une personne de se donner la mort;
- b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort.

Il est néanmoins surprenant de constater que ce projet de loi, tel que formulé, fut déposé après la décision de la Cour suprême sur la demande de *Sue Rodriguez*: en effet, elle n'aurait pu, à strictement parler, s'en prévaloir puisqu'elle n'était pas alors en phase terminale.¹²⁷

Enfin, le 23 février 1994, le Sénat canadien met en place un comité chargé de publier un rapport sur les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté: nous expliquons sa position plus loin.

¹²⁶ Projet de loi C-215. *Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide)*, Ottawa Chambre des Communes du Canada, 16 février 1994.

¹²⁷ J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 5, p. 26.

2- L'état actuel du droit

Les questions soulevées par le droit à la mort relèvent de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui garantit à l'article 7 que chacun a droit à la vie et à la liberté et relèvent aussi du droit criminel et du domaine de la santé.¹²⁸ Les articles 222 et 229 du *Code criminel* décrivent les infractions d'homicide et de meurtre. Alors que l'article 14 susmentionné, exclut le consentement de la victime comme moyen de défense. L'article 241 prohibe le conseil, l'aide ou l'encouragement au suicide.¹²⁹

Le droit canadien considère le meurtre par compassion comme un meurtre pur et simple.¹³⁰ Cet acte est passible de 25 ans d'emprisonnement; mais, lorsqu'il n'est pas prémédité, au mieux c'est une peine de 10 ans de réclusion qui peut être imposée.¹³¹ La personne qui tue par compassion reste coupable de meurtre même si la victime réclamait

¹²⁸ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. 3.

¹²⁹ S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 11, p. 441.

¹³⁰ J. L. BAUDOUIN, «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement - La loi actuelle» (1992) XXXII (5) Bull. Corp. prof. des médecins du Québec p. 34; voir aussi, P. DESCHAMPS, «L'euthanasie doit-elle être légalisée?» (1990) 3 Frontières 41 à la p. 42; P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 14, p. 32.

¹³¹ S. HALPERN, *supra*, note 3, p. 68. L'article 231 du *Code criminel* classe les meurtres en 2 catégories: «Il existe deux catégories de meurtre: ceux du premier degré et ceux du deuxième degré». L'article 235 traite de la peine qui doit être imposée: «Quiconque commet un meurtre au premier degré ou un meurtre au deuxième degré est coupable d'un acte criminel et doit être condamné à l'emprisonnement à perpétuité». L'article 742(b) se prononce sur l'emprisonnement à perpétuité: «Sous réserve de l'article 742.1, le bénéfice de la libération conditionnelle est subordonné, en cas de condamnation à l'emprisonnement à perpétuité:[...] b) pour meurtre au deuxième degré, à l'accomplissement d'au moins dix ans de la peine, délai que le juge peut porter à au plus vingt-cinq ans en vertu de l'article 744:[...]».

la mort. Les motifs qui déterminent la volonté de donner la mort ne sont jamais pris en considération. En effet, rien dans la loi canadienne ne prévoit qu'une intention charitable puisse être invoquée comme circonstance atténuante dans une cause criminelle.¹³² Au Canada, les poursuites sont rares dans les cas de meurtre par compassion.¹³³

On constate bien qu'il y a un manque de correspondance entre la rigidité de la loi qui dit jamais d'euthanasie parce que c'est un meurtre au premier degré, et la réalité concrète qui veut que parfois, pour certains jurys et pour certains juges, certaines formes d'euthanasie, dans des circonstances très particulières, soient en fait acceptées.¹³⁴

La Commission de réforme du droit du Canada poursuit dans le même sens:

Cette relative absence de poursuites reflète peut-être une certaine ambiguïté dans la pensée et la conduite de ceux qui sont responsables de l'administration du système de justice criminelle.¹³⁵

Toutefois, dans son Rapport déposé en juin 1995 le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide se prononce majoritairement contre la légalisation de ces deux pratiques:

Le comité recommande:

- que l'euthanasie non volontaire demeure une infraction criminelle;

- qu'on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère dans le cas où intervient l'élément essentiel de compassion ou de pitié. Le Parlement devrait envisager les options suivantes:

¹³² Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 6, p. 21.

¹³³ J. L. BAUDOUIN, *supra*, note 130, p. 34.

¹³⁴ *Id.*, p. 35.

¹³⁵ Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 6, p. 24.

- on pourrait créer une troisième catégorie de meurtre qui entraînerait une peine moins sévère que la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité; ou

- on pourrait créer une infraction distincte d'homicide par compassion qui entraînerait une peine moins sévère.¹³⁶

Toutefois il faut mentionner la prise de position de la minorité:

Une minorité recommande qu'on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes lucides qui sont physiquement incapables de se prévaloir d'une aide au suicide.¹³⁷

Le comité recommande qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 241a) du *Code criminel* qui interdit de conseiller le suicide.

- Une majorité de membres recommande que l'alinéa 241b) du *Code criminel* demeure également inchangé.

- Une minorité recommande l'ajout d'une exception à l'alinéa 241b) du *Code criminel*, afin de protéger la personne qui en aide une autre à se suicider dans la mesure où elle respecte des mesures de sauvegarde clairement définies [...]¹³⁸

¹³⁶ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. Xi. **H. YOUNG**, «Le comité sénatorial dépose son rapport: L'euthanasie doit rester un acte criminel» *La Tribune [de Sherbrooke]* (7 juin 1995) A1. Cet auteur mentionne: «Selon le sénateur conservateur Gérald Beaudoin cinq sénateurs sur sept recommandent que l'euthanasie demeure une infraction criminelle [...]».

¹³⁷ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. 91. **H. YOUNG**, *supra*, note 136, l'auteur affirme ce qui suit à propos du suicide assisté: «Le comité de sept sénateurs s'est également prononcé par quatre voix contre trois contre la légalisation de l'aide au suicide».

¹³⁸ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. X.

3- Quelques décisions des tribunaux

Nous pouvons citer une cause récente de meurtre par compassion dans laquelle le motif n'est pas reconnu, *R. c. Latimer*¹³⁹. Ce père de famille de la Saskatchewan décide de mettre fin aux jours de sa fille de 12 ans. Tracy est gravement handicapée physiquement et mentalement et ce, depuis sa naissance. Elle ne marche pas, elle ne peut s'alimenter seule et elle a constamment besoin de soins. Monsieur Latimer, n'en pouvant plus de voir sa fille dans un pareil état, décide de la tuer. Il l'installe dans sa fourgonnette afin de l'intoxiquer au monoxyde de carbone. Il est accusé de meurtre au second degré et est condamné à la prison à vie avec admissibilité à une libération conditionnelle seulement après dix ans. La Cour d'appel de la Saskatchewan confirme le verdict.¹⁴⁰ Mais la Cour suprême du Canada ordonne un second procès pour le motif qu'il y a eu entrave de la part de la couronne dans le processus de formation du jury.¹⁴¹

Il est d'ailleurs surprenant de constater avec quelle sévérité Robert Latimer est jugé comparativement à d'autres personnes qui ont commis un meurtre par compassion. En effet, le tribunal s'est montré beaucoup plus clément dans d'autres causes. Par exemple, dans

¹³⁹ *R. c. Latimer* [1994] Q.B.C.R. 37.

¹⁴⁰ *R. c. Latimer*, [1995] S.J. no. 402 (C.A)

¹⁴¹ *R. c. Latimer* (6 février 1997), Saskatchewan 24818 (C.S.), voir aussi, J.E. 97-359 (C.S.). «Latimer s'en prend à la justice: le cultivateur de la Saskatchewan subira un autre procès pour l'assassinat de sa fille handicapée» *La Presse [de Montréal]* (7 février 1997) B12.

l'affaire *R. c. Brush*,¹⁴² en Ontario, une vieille dame est jugée coupable du meurtre de son mari qui est atteint de la maladie d'Alzheimer. Il a, à plusieurs reprises, dans des moments de lucidité, réclaté que sa femme mette un terme à sa vie. Pour déterminer la peine de madame Brush, le tribunal examine les circonstances tragiques et exceptionnelles qui l'ont menée à poser le geste irréparable. Le juge décide alors de rendre une ordonnance de probation de dix-huit mois seulement.¹⁴³ Il faut ici considérer deux éléments importants: ➔ contrairement à Tracy Latimer qui est mineure et inapte, monsieur Brush est très âgé et il a demandé à plusieurs reprises à son épouse de l'aider à mourir. Donc l'autonomie décisionnelle joue un rôle majeur.

Une autre cause où le tribunal est particulièrement tolérant est l'affaire *R. c. Alberto De la Rocha*.¹⁴⁴ Un médecin est accusé d'avoir injecté une substance nocive (du chlorure de potassium) à une de ses patientes. Lors d'une intervention chirurgicale, la patiente du docteur De la Rocha, madame Graham, présente des difficultés respiratoires sérieuses. Malheureusement, le médecin échoue après de nombreuses tentatives pour lui venir en aide. Alors, il décide de lui injecter de la morphine afin de soulager ses douleurs, puis finit par

¹⁴² *R. c. Brush* [1995] O.J. No. 656.

¹⁴³ *R. c. Brush* [1995] O.J. No. 656 par.36; voir aussi, Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-76. **S. HALPERN**, *supra*, note 3, p. 69; l'auteur énonce les propos du juge au sujet de madame Brush: «Elle est déjà en train de purger la pire des peines, a conclu le juge: la perte de l'homme qu'elle chérissait».

¹⁴⁴ *R. c. Alberto De La Rocha* (2 avril 1995), (Ont.) [non publié]. Pour obtenir des informations supplémentaires il faut voir le Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-80.

lui administrer un médicament mortel car il n'y a plus rien à faire pour la sauver. Encore une fois, le tribunal examine les circonstances particulières de cette malheureuse affaire. Le médecin n'avait pas comme intention première de tuer sa malade, il voulait tout simplement faire cesser des souffrances inutiles. La détermination de la peine infligée au docteur De la Rocha vise surtout un effet de dissuasion. Le médecin écope d'une condamnation avec sursis, assortie d'une période de probation de trois ans.¹⁴⁵

La différence entre ces verdicts est peut-être attribuable au fait que le meurtre d'un enfant handicapé a des répercussions sociales beaucoup plus sérieuses que le meurtre par compassion de personnes âgées ou atteintes d'une maladie incurable. Par surcroît, Tracy Latimer n'a jamais pu exprimer son consentement libre et éclairé, étant inapte. La mort lui a été imposée. Plusieurs regroupements de personnes handicapées ne sont pas restés indifférents: ils ont fait entendre leur réprobation devant tous les médias. On ne tue pas non plus les personnes handicapées. Comme société, nous avons le devoir de les protéger puisqu'elles sont des personnes vulnérables.

[...] une société qui accepterait l'idée qu'on puisse décider, à l'insu de la victime, qu'une vie ne vaut pas la peine d'être vécue, cette société-là viendrait de sceller le

¹⁴⁵ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. A-84. Dernièrement en Nouvelle-Écosse, le docteur Nancy Morrison fut accusée du meurtre prémédité d'un de ses patients. Celui-ci était âgé de 65 ans et souffrait d'un cancer de l'oesophage, voir à ce sujet: «Une femme médecin accusée du meurtre d'un de ses patients» *La Presse [de Montréal]* (8 mai 1997) A15; «Médecin accusée» *La Tribune [de Sherbrooke]* (8 mai 1997) D1.

sort de ses handicapés mentaux et de ses grands malades. Elle aurait franchi la zone claire et nette qui sépare les sociétés civilisées de la loi de la jungle.¹⁴⁶

Pour ce qui est de l'aide au suicide le Comité sénatorial stipule que «*Sue Rodriguez* est l'arrêt-clé dans le domaine du suicide assisté». ¹⁴⁷ Dans cette affaire la cour suprême est loin d'être unanime puisque cinq juges contre quatre se sont prononcés pour confirmer que les dispositions du *Code criminel* qui interdisent l'aide au suicide ne violent pas la *Charte canadienne des droits et libertés*.¹⁴⁸

- Compte tenu des craintes d'abus et de la grande difficulté à élaborer des garanties adéquates, l'interdiction générale de l'aide au suicide n'est ni arbitraire ni injuste. L'interdiction est liée à l'intérêt de l'État à la protection des personnes vulnérables et reflète des valeurs fondamentales qui sont véhiculées dans notre société. L'article 241 b) ne porte donc pas atteinte à l'article 7 de la charte.¹⁴⁹

Les quatre juges dissidents soutiennent pour leur part que Sue Rodriguez est victime de discrimination parce qu'elle est une personne handicapée physiquement, et donc incapable de se suicider. Il est énoncé par les juges dissidents que:

L'article 241 b) du code viole le droit à la sécurité de la personne qui est garanti par l'article 7 de la charte. Ce droit comporte un élément d'autonomie personnelle qui protège la dignité et la vie privée des personnes à l'égard de décisions relatives à leur propre corps. Un régime législatif qui restreint le droit d'une personne de

¹⁴⁶ L. GAGNON, «Du père Pinard à Tracy Latimer» *La Presse [de Montréal]* (8 février 1997) B3.

¹⁴⁷ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 47, p. 54.

¹⁴⁸ P. DESCHAMPS, *supra*, note 116, p. 11.

¹⁴⁹ *Rodriguez c. Colombie-Britannique* (P.G.) [1993] 3 R.C.S. 519, **monsieur le juge Sopinka**.

disposer de son corps comme elle le veut peut violer les principes de justice fondamentale en vertu de l'article 7 [...] ¹⁵⁰

Nous avons exposé brièvement l'état actuel du droit canadien. Nous entamerons la deuxième partie de cette étude en décrivant dans un premier temps de quelle façon s'exerce cette mécanique de la mort dans deux pays qui ont dit oui à la mort sur demande. Puis, nous examinerons les principaux fondements sur lesquels repose ce pressant plaidoyer du droit à la mort.

¹⁵⁰ *Ibid.* propos de **madame la juge McLachlin** à l'opinion de laquelle souscrit **madame la juge L'Heureux-Dubé**.

II LES FONDEMENTS POSSIBLES ET LA MISE EN OEUVRE DU DROIT A LA MORT

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les Pays-Bas acceptent et l'Australie a accepté, pour un bref moment, d'offrir à leurs citoyens malades ou souffrants la possibilité d'effectuer un choix ultime: ils peuvent recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté et ainsi décider du moment de leur mort. Nous allons donc examiner dans les pages qui suivent comment s'exerce concrètement cette mécanique de la mort sur demande. Ensuite, dans la deuxième partie, nous tenterons de vérifier si les fondements sur lesquels repose ce droit à la mort, tels que le respect de l'autonomie et de la dignité, sont honorés.

A- La mécanique de la mort

Les malades qui réclament l'euthanasie ou le suicide assisté veulent provoquer et devancer la mort afin de ne pas prolonger indûment leur fin de vie intolérable, où, encore en d'autres circonstances, ils désirent échapper à une souffrance. Pour répondre à ce besoin de mort sur demande, les médecins utilisent un moyen traditionnel comme la simple injection d'un médicament mortel. Cependant, d'autres médecins ont mis au point des techniques plus sophistiquées. La technologie est maintenant au service de la mort.

1- Des moyens traditionnels d'euthanasie et d'aide au suicide

Les médecins néerlandais jouissent d'un bon encadrement professionnel pour répondre à la mort sur demande revendiquée par leurs patients. En effet, l'Association médicale royale des Pays-Bas adhère à ce concept¹ et, de plus, les médecins bénéficient de l'appui de l'Association des pharmaciens² qui a publié des directives et des informations concernant l'utilisation de drogues euthanasiques.

Aux Pays-Bas, c'est le médecin de famille qui pratique l'acte euthanasique³ et il se déplace selon le besoin du malade, soit à la résidence de celui-ci, soit dans un établissement de santé. Généralement, la procédure utilisée pour abrégier la vie est la suivante: le médecin injecte des barbituriques qui endorment la personne et ensuite, il administre une dose de curare qui paralyse les muscles et provoque l'arrêt de la respiration.⁴ On offre aussi au patient, s'il est en état de le faire, le choix de s'administrer lui-même une dose mortelle de médicament.⁵ Pendant l'intervention, le médecin demeure toujours sur place. Il justifie cette

¹ **D.J. ROY et al.**, *La bioéthique ses fondements et ses controverses*, St-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1995 p. 457.

² **A. JOAS**, «Physician-Assisted Lethal Injection vs. the Plastic Bag: Will Euthanasia Legislation Ever Come? A Comparison of Standards in the Netherlands and the United States» (1992) 6 Temple Int'l & Comp. L.J. 365 à la p. 377.

³ **S.B. NULAND**, *Mourir: réflexions sur le dernier chapitre de la vie*, St-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1994 p. 196.

⁴ **F.H. LOWY, D. SAWYER et J.R. WILLIAMS**, *Les médecins canadiens et l'euthanasie*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993 p. 39; voir aussi, **S. B. NULAND**, *supra*, note 3, p. 195.

⁵ **F.H. LOWY, D. SAWYER et J.R. WILLIAMS**, *supra*, note 4, p. 39.

présence par la nécessité de s'assurer que le patient ne fera pas d'erreur ou n'utilisera pas le médicament à d'autres fins, comme, par exemple, pour tuer quelqu'un d'autre.⁶ C'est le médecin qui a la responsabilité de se procurer en personne le médicament meurtrier chez le pharmacien. Lorsque cet acte médical est terminé, il doit rapporter le contenant vide aux autorités avec une fiche de déclaration de décès.⁷ Il faut souligner qu'aux Pays-Bas le patient entretient une relation privilégiée avec son médecin, et que, dans la majorité des cas, «la relation entre le médecin et le patient est établie depuis longtemps».⁸ De plus, le médecin vit dans le même quartier que son patient et se rend à son domicile pour lui prodiguer des soins.⁹ Cette action est aussi exécutée dans une certaine intimité et n'est pas dépourvue de sensibilité, puisque les parties (médecin-patient) se connaissent depuis longtemps. Enfin, le patient peut être entouré de sa famille.

Dans ce pays, en 1990, 9,000 patients ont réclamé l'euthanasie et 2,300 l'ont reçue, ce qui représente 1.8% des 130,000 décès.¹⁰ Sur ces 9,000 demandes, 4,000 furent rejetées

⁶ **B.L. MISHARA**, «Débat sur l'euthanasie active: croyances et réalités» (1995) 8 *Frontières* 20 à la p. 23.

⁷ **S. WON**, «About 2000 Dutch Patients Choose Euthanasia Annually, Forum Told» (1991) 145 *Canadian Medical Association Journal* 1341 à la p. 1342.

⁸ **A. JOAS**, *supra*, note 2, p. 387; voir aussi, Canada, Rapport du Comité sénatorial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, *De la vie et de la mort*, Sénat du Canada, juin 1995, p. A-120.

⁹ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. A-119.

¹⁰ **P.J. VAN DER MAAS et al.**, «Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of the Life» (1991) 338 *The Lancet* 669 à la p. 669; voir aussi, **J.J.M. VAN DELDEN, L. PIJENBORG et P.J. VAN DER MAAS**, «The Rummelink Study

par les médecins. Pour expliquer ces rejets, il est invoqué que souvent la situation du patient ne le justifiait pas et que le médecin envisageait une autre solution.¹¹ La moyenne d'âge des personnes qui ont exercé leur droit à la mort est, pour les hommes, de 63 ans et, pour les femmes, de 66 ans.¹² Le document du Comité sénatorial rapporte les raisons qui poussent ces patients à demander l'euthanasie:

Les raisons les plus souvent invoquées pour une demande d'euthanasie ont été la perte de dignité (57%), la douleur (46%), le refus de mourir sans dignité (46%), la dépendance (33%) ou la lassitude de vivre (23%). La grande majorité des demandes émanaient de patients atteints du cancer (83%), bien que moins de 30% des décès aux Pays-Bas soient imputables à ce mal.¹³

Pour illustrer que la technologie peut être au service de la mort, regardons une méthode plutôt originale de suicide assisté qu'offre un médecin australien.

2- La technologie au service de la mort

A l'origine comme à la fin de la vie humaine, au départ de la course comme à l'arrivée, une sorte de confrontation à l'inédit, au mystère, fait surgir le questionnement métaphysique et stimule la créativité des chercheurs et l'audace

Two Years Later» (1993) 23 Hastings Center Report 24 à la p. 24; **J. KEOWN**, «The Law of Euthanasia in the Netherlands» (1992) 108 The Law Quarterly Review 51 à la p. 66; **R.J.M. DILLMANN et J. LEGEMAATE**, «Euthanasia in the Netherlands: The State of the Legal Debate» (1994) 1 European of Health Law 81 à la p. 82; **E.J. EMANUAL**, «Euthanasia Historical, Ethical, and Empiric Perspective» (1994) 154 Arch Intern. Med. 1890 à la p. 1897.

¹¹ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. A-142.

¹² **G. LEVEBVRE et J. SAINT-ARNAUD**, «L'euthanasie aux Pays-Bas» (1995) 8 Frontières 46 à la p. 47.

¹³ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. A-142.

des praticiens dans l'utilisation de technologies nouvelles pour élargir à la fois leur champ d'action et les chances de réussite.¹⁴

Le docteur Nitschke a conçu une «machine de la mort» pour abrégier la vie de ses patients admissibles au suicide assisté. L'appareil est un dispositif automatique branché sur un ordinateur portable; ce dispositif injecte dans le bras du malade une dose létale de médicaments.¹⁵ Les instructions sont affichées dans trois cases différentes et le malade n'a qu'à presser le bouton lorsqu'il est prêt à mourir. Dans la dernière case, nous pouvons lire ce qui suit: «If you press "Yes" you will cause a lethal injection to be given within 30 seconds, and you will die. Do you wish to proceed?»¹⁶ C'est le patient qui décide d'actionner le mécanisme; il peut ainsi contrôler le moment de sa mort. Dans un premier temps, le patient s'endort puis, quelques minutes plus tard, il meurt. Le médecin est sur place afin de s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil et la famille du futur défunt assiste également au trépas.¹⁷

¹⁴ **G. BOURGEAULT**, *L'Éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, p. 114.

¹⁵ Voir la photo dans l'annexe III.

¹⁶ **G. ALCORN**, «Press "Yes" to Die: Why Jan Culhane Hopes to Choose Death by Computer» *The Sydney Morning Herald* (April 17 1996).

¹⁷ **L. CLAUSEN**, «One Man's Death Divides the Living. The world's first right-to-die legislation is put into practice in northern Australia» *Time* (October 7 1996) 32 à la p. 32; voir aussi, **G. ALCORN**, *supra*, note 16.

Une premier patient australien est euthanasié à son domicile par le docteur Nitschke le 22 septembre 1996. Ce patient souffrait depuis cinq ans d'un cancer de la prostate.¹⁸ Il semble que la liste s'allonge puisque d'autres personnes sont actuellement volontaires.¹⁹ Nous avons vu précédemment que quatre personnes ont utilisé la loi pour mettre fin à leur vie.²⁰

Il faut aussi signaler le comportement d'un médecin américain, célèbre défenseur du droit à l'euthanasie et du suicide assisté. Il utilise des méthodes spectaculaires pour mettre fin aux jours de ses clients. Au nom de la dignité et de la compassion, le docteur Kevorkian, que l'on surnomme "docteur suicide",²¹ ou "docteur de la mort",²² aide illégalement des

¹⁸ **G. ALCORN**, «Mercy Death World First» *The Sydney Morning Herald* (September 26 1996).

¹⁹ «Australie: première loi au monde autorisant l'euthanasie» *La Presse [de Montréal]* (2 juillet 1996) C10.

²⁰ **N. TAIT**, «Euthanasia: Australia Senate Overturns Voluntary Choice Law» *Financial Times Limited*, Sydney, (25 March 1997) Adresse Internet: [http:// www.ft.com/hippocampus/4bd8e.htm](http://www.ft.com/hippocampus/4bd8e.htm).

²¹ «Les médecins américains se montrent réticents face au suicide assisté» *La Presse [de Montréal]* (4 mai 1996) J3.

²² **J.L. BAUDOUIN**, «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement - La loi actuelle» (1992) XXXII (5) *Bull. corp. prof. des médecins du Québec* 32 à la p. 34.

personnes à se suicider.²³ Il a, lui aussi, inventé une "machine à suicide".²⁴ Des bouteilles contenant différentes solutions de médicaments sont installées sur un support métallique. Puis un tube intraveineux est introduit dans le bras du malade. Lorsque le patient est prêt pour le grand départ, il presse lui-même le bouton et des médicaments lui sont injectés. Il existe une autre version de la "machine à suicide" du Dr. Kevorkian: le patient inhale du monoxyde de carbone grâce à un masque que l'on applique sur son visage. Cette procédure de suicide assisté est plus longue; il faut environ dix minutes avant de constater le décès du patient.²⁵ Le docteur Kevorkian va encore plus loin. En effet, il a mis sur le marché une cassette vidéo, qui montre le mécanisme de ses inventions. Une dame se donne la mort devant la caméra.²⁶

²³ **M. ANGELL**, «Euthanasia in the Netherlands - Good News or Bad?» (1996) 335 *The New England Journal of Medicine* 1676 à la p. 1676; voir aussi, **H. HENDING**, «Seduced by Death: Doctors, Patients, and the Dutch Cure» (1994) 10 *Issues in Law & Medicine* 123 à la p. 131.

²⁴ **J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU**, *Éthique de la mort et droit à la mort*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p. 116.

²⁵ «Le Dr. Kevorkian risque d'être accusé d'homicide. Un de ses 15 patients aurait demandé à ne pas mourir avant son "suicide assisté"» *La Presse [de Montréal]* (27 février 1993) A20. Voir annexe IV pour une illustration des procédés utilisés. Il faut mentionner que jusqu'à maintenant le Dr. Kevorkian a toujours été acquitté dans les procès intentés contre lui. De plus, depuis 1990 ce médecin a aidé une quarantaine de malades à mourir. Voir à ces sujets, «Un jury acquitte le "docteur suicide"» *La Presse [de Montréal]* (9 mars 1996) A1; «Le "Docteur suicide" acquitté de nouveau» *La Presse [de Montréal]* (15 mai 1996) E8; «Dr. suicide réapparaît» *La Presse [de Montréal]* (8 novembre 1996) A14.

²⁶ Ces informations sont disponibles sur le réseau Internet, plusieurs journalistes ont écrit un article dans le *Detroit Free Press*; l'adresse est la suivante:
<http://www.freep.com/suicide/index.htm>

Que dire aussi de l'abondante littérature que le réseau Internet propage à propos des différentes méthodes de suicide? Que penser du livre *Final Exit* de l'américain Derek Humphry qui dévoile le secret de plusieurs recettes mortelles?²⁷ Ces méthodes spectaculaires peuvent avoir un effet négatif sur les personnes malades, car elles deviennent plus vulnérables.

La dépression, cet abattement périodique que subissent les malades chroniques, et la fascination qu'exerce la mort sur certaines personnes ne constituent pas une justification suffisante pour apprendre aux gens à se tuer, les aider à le faire ou donner sa bénédiction à cette entreprise. Aucun être dont les facultés de jugement se trouvent réduites n'a les moyens de prendre une décision importante en fait de suicide.²⁸

Jean-Louis Baudouin et Danielle Blondeau affirment:

Par un étrange paradoxe, où l'on a critiqué la science qui déshumanisait la mort, on exige maintenant son aide pour raffermir le contrôle de la personne humaine sur le processus du mourir.²⁹

3- La mort utilitaire

Des moyens plus subtils sont parfois utilisés pour favoriser la mort devancée. Il est possible que derrière la compassion se cache des motifs malhonnêtes.

La compassion pure est-elle si répandue? Le soulagement apporté aux proches, à l'équipe soignante qui n'en peut plus d'accompagner le mourant, sont des motifs tout aussi réels pour favoriser une fin plus rapide. Et que dire des coûts des soins

²⁷ D. HUMPHRY, *Final Exit*, Los Angeles, Hemlock Society, 1991. S.B. NULAND, *supra*, note 3, p. 197.

²⁸ S.B NULAND, *supra*, note 3, p. 198.

²⁹ J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 24, p. 116.

de santé? Le glissement de la compassion à une approche pragmatique et utilitariste des décisions de mort est déjà bien perceptible.³⁰

A cet effet, le pape Jean-Paul II disait dans sa dernière encyclique à propos de l'euthanasie:

Nous sommes là devant l'un des symptômes les plus alarmants de la «culture de mort» laquelle progresse surtout dans les sociétés du bien-être caractérisées par une mentalité utilitariste qui fait apparaître très lourd et insupportable le nombre croissant des personnes âgées et diminuées.³¹

«La pression économique, culturelle et sociale pourrait avoir un impact direct sur le conditionnement médical de la mort.»³² Les compressions financières que subissent les établissements de santé pourraient pousser certaines personnes à encourager les patients à mourir plus rapidement pour des raisons de commodité.³³

³⁰ **J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS**, Mémoire présenté au comité sénatorial sur l'aide au suicide et l'euthanasie, Ottawa, décembre 1994, p. 23.

³¹ **JEAN-PAUL II**, *L'Évangile de la vie: Lettre Encyclique Evangelium Vitae*, Montréal, MédiasPaul 1995, par. 64, p. 122; voir commentaire sur l'encyclique, **G. LANGEVIN**, ««Evangelium Vitae», un plaidoyer passionné pour la vie» *La Presse [de Montréal]* (17 août 1995) B7.

³² **J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU**, *supra*, note 24, p. 117; voir aussi à ce propos, **D. BLONDEAU**, «Droit à la mort et droit de mourir: une source de confusion» (1994) 29 *Le Médecin du Québec* 72 à la p. 82; **J. SAINT-ARNAUD**, «Enjeux éthiques soulevés par la décriminalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie» (1995) 8 *Frontières* 24 à la p. 25.

³³ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. 73.

L'auteur Brian L. Mishara, soulève une question intéressante: quelles sont les raisons qui incitent les gens à réclamer du médecin l'euthanasie ou l'aide au suicide plutôt que de se suicider par leurs propres moyens?

Est-ce que la mort donnée par un médecin est moins "apeurante"(peut-être plus semblable à une anesthésie) que la mort en direct par suicide?³⁴

Il fait un parallèle intéressant entre une personne qui songe à se suicider³⁵ et une autre qui demande qu'on l'aide à mourir. L'individu, dans sa requête de mort (par euthanasie ou suicide assisté), n'est jamais le seul impliqué. En effet, contrairement au suicide, ces actes nécessitent la présence de plusieurs personnes comme le médecin, la famille ou des amis.³⁶ Mais, cette présence de l'autre ne risque-t-elle pas d'exercer une pression sociale sur son droit de changer d'avis?³⁷ Tandis que dans la situation où la personne pense à se suicider, elle n'a pas à subir cette pression de l'autre, puisqu'elle est seule avec elle-même. Alors, librement, sans contrainte externe, elle pourra toujours, au moment fatidique, se raviser.³⁸ Les gens qui choisissent l'euthanasie et qui désirent changer d'avis au dernier

³⁴ **B.L. MISHARA**, *supra*, note 6, p. 22.

³⁵ Il faut souligner que le suicide n'est pas un droit mais une simple liberté nous dit **D. BLONDEAU**, *supra*, note 32, p. 79.

³⁶ **D. BLONDEAU**, *supra*, note 32, p. 80, cet auteur s'interroge à cet effet «La liberté de se donner la mort peut-elle engager un tiers, lui imposer un devoir [...]».

³⁷ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. 73, le Comité s'interroge sur les mêmes questions.

³⁸ **B.L. MISHARA**, *supra*, note 6, p. 23.

moment, ne le font peut-être pas, par crainte de perdre la face, et ainsi, ils choisissent de perdre la vie. Mais le contraire peut être aussi vrai: la présence des autres est parfois vue comme un soutien, c'est moins douloureux que de mourir seul.

A cet effet, nous pouvons nous questionner sur le cas de *Sue Rodriguez*. N'a-t-elle pas été victime de pressions sociales? Nous avons pu lire son histoire dans tous les médias.³⁹ Cela n'a-t-il pas modifié sa perception des faits et altéré son comportement?⁴⁰ D'autres auteurs se prononcent dans le même sens.

[...] aucune loi autorisant l'euthanasie ne peut protéger les personnes conscientes et vulnérables contre une subtile manipulation les incitant à demander une mort socialement acceptable alors qu'elles préféreraient continuer à vivre entourées et soutenues par leurs proches.⁴¹

Jean-Louis Baudouin et Danielle Blondeau nous mettent en garde contre les moyens modernes de diffusion d'information et de propagande à l'égard du droit à la mort.

[...] les moyens modernes de diffusion d'information et de propagande sont tels qu'il pourrait devenir relativement facile de culpabiliser les vieillards et les malades et de les convaincre que requérir l'euthanasie active est un acte altruiste, généreux et socialement valorisant.⁴²

³⁹ F. GRUNBERG, «La médicalisation de l'aide au suicide» (1995) 8 *Frontières* 16 à la p.18.

⁴⁰ Cette question fut soulevée par R. BURNETT, «L'euthanasie et les médias» conférence présentée dans le cadre d'un congrès international de la Division des Soins palliatifs, Département d'oncologie, Université McGill tenu le 7 septembre 1996 à Montréal et intitulé: Les soins aux malades en phase terminale.

⁴¹ D.J. ROY *et al.*, *supra*, note 1, p. 467.

⁴² J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 24, p. 119.

Le développement spectaculaire des technologies médicales n'est pas étranger à cet état de fait. Il a soulevé de nombreuses questions en transformant l'administration des soins aux malades, nous dit Pauline Lesage-Jarjoura. En effet, cette technologie moderne offre plus de possibilités, comme la prolongation de la vie, mais, en même temps, elle crée de nouveaux conflits. Conflits au niveau de l'État qui se voit dans l'obligation de limiter les ressources tout en préservant la vie, conflits au niveau des intérêts du malade: doit-on privilégier sa qualité de vie au détriment de sa vie?⁴³ «Il n'y a pas de progrès sans inconvénient».⁴⁴ L'équipement qui aide à prolonger la vie nous oblige en même temps à faire face à l'euthanasie⁴⁵ ou au suicide assisté. Alors, dans ce contexte, la technologie nous apparaît inhumaine. Elle crée de nouvelles situations où les spécialistes ne posent plus le regard sur le patient, ils le posent sur les machines.⁴⁶

[...] la technologie médicale ne doit pas dépouiller les individus et la société de leur valeur propre et de leur signification humaine.⁴⁷

Faire mourir un malade volontairement fait appel à des questions d'ordre éthique, philosophique et moral. Mais, parfois, nous avons l'impression que l'on passe à côté de

⁴³ **P. LESAGE-JARJOURA**, *La cessation de traitement: au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1990, p. 2-3.

⁴⁴ **F.R. CERRUTI**, *L'euthanasie: approche médicale et juridique*, Toulouse, Privat, 1987 p. 227.

⁴⁵ **P.E. CHABOT**, «Une mort si douce» (1994) 11 R.N.D. 4 à la p. 5.

⁴⁶ **G. ROCHER**, «Préface» dans G. Bourgault, *supra*, note 14, p. 14.

⁴⁷ *Id.*, p. 3.

certaines valeurs fondamentales comme le respect de la dignité de la personne et le respect de son autonomie. La société et la famille, par leur manque de compassion, peuvent pousser un malade à choisir la mort. Or celui-ci ne doit pas subir ce genre d'influences négatives. Il doit être libre de toutes contraintes; ce qu'il réclame en réalité, c'est l'amour et la compassion.

La demande qui monte au coeur de l'homme dans sa suprême confrontation avec la souffrance et la mort «est surtout une demande d'accompagnement, de solidarité et de soutien dans l'épreuve».⁴⁸

B- Les fondements possibles du droit à la mort

Nous avons mentionné que les politiques élaborées par les Pays-Bas et le Territoire du Nord Australien à l'égard du droit à la mort, reposent sur le respect de l'autonomie de la personne et le droit de mourir dans la dignité. Nous allons donc tenter d'exposer les principales caractéristiques de ces différentes notions. Pour illustrer et éclairer davantage notre propos, nous citerons quelques cas de jurisprudence.

1- Le droit à la mort au nom de l'autonomie

Le principal argument invoqué par les partisans du droit à la mort est toujours basé sur le principe du respect de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne.⁴⁹ A l'heure

⁴⁸ JEAN-PAUL II, *supra*, note, 31, par. 67, p. 128.

⁴⁹ E. VOLANT, «Quand la mort devient un bien» (1995) 8 Frontières 6 à la p. 8; D. LAPOINTE, «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement: Des concepts à la réalité» (1992) XXXII (5) Bull. Corp. prof. des médecins du Québec 27 à la p. 30; D.J. ROY

actuelle, notre système de droit et la doctrine reconnaissent, sans problème, ce principe.⁵⁰

Depuis un certain temps, il est établi que chaque être humain a le droit de voir sa volonté respectée lorsqu'il s'agit de prendre des décisions qui ont trait à son corps. Cependant, l'autonomie englobe également certains concepts indissociables, comme le consentement et le droit de refus.

Le droit de refus, corollaire du droit de consentir, repose sur le principe de l'inviolabilité de la personne, traduit le principe de l'autonomie et consacre la prépondérance de la volonté personnelle. C'est au nom même de cette volonté, de cette liberté que la personne peut choisir ou non d'entreprendre ou de continuer un traitement.⁵¹

Il est important de souligner que bien avant les *Chartes* canadienne et québécoise, ainsi qu'avant l'article 19 du *Code civil du Bas-Canada*, l'inviolabilité de la personne était reconnue comme un droit fondamental.⁵²

et al., *supra*, note 1, p.464.

⁵⁰ Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie aide au suicide et interruption de traitement* (Document de travail 28), Ottawa, Approvisionnements et Services, 1982, p. 42- 43; voir à ce sujet, S. NOOTENS, «Le droit du patient de refuser un traitement» (1985) 20 *Le Médecin du Québec* 113 à la p. 113; P. LESAGE-JARJOURA, «Le consentement à l'acte médical: l'obligation de renseigner» (1992) 7 *Le Clinicien* 161 à la p. 170; M.J. ALEPIN, C. LAVALLÉE et L. BÉLANGER, *A la frontière de l'éthique et du droit*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1993, p. 101; J.L. BAUDOUIN, «La personne est le seul juge de sa qualité de vie» (1994) 11 *R.N.D.* 16 à la p. 20; P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 43, p. 44.

⁵¹ P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995 p. 143.

⁵² F. TÔTH, «Le droit du patient d'être informé: un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne» (1989) 20 *R.D.U.S.* 161 à la p. 161; A. MAYRAND, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Montréal, Wilson et Lafleur, 1975, p. 11-12. Il faut souligner que l'article 19 du C.C.B.C correspond maintenant à l'article 10 du Code civil.

Nos lois civiles, par exemple, assurent que l'autonomie du malade sera respectée par des dispositions particulières: le *Code civil* du Québec stipule que:

Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.⁵³

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, qu'elle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.⁵⁴

Pour leur part, les *Chartes* ont retenu le principe de l'autonomie comme étant fondamental. Par exemple, la *Charte des droits et libertés de la personne* comporte certaines dispositions à cet égard:

Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.⁵⁵

Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.⁵⁶

⁵³ *Code civil du Québec*, article 10.

⁵⁴ *Code civil du Québec*, article 11.

⁵⁵ *Charte des droits et libertés*, L.R.Q., c. C-12, article 1.

«Les articles 4 et 5 renforcent cette protection, en reconnaissant la sauvegarde de la dignité de la personne et le respect de la vie privée». Voir cette citation dans, J.L. BAUDOUIN, «La liberté du patient devant le traitement et la mort» dans D. Turp et G.A. Beaudouin (éd.) *Perspectives canadiennes et européennes des droits de la personne*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1986, p. 510.

⁵⁶ *Charte des droits et libertés*, article 3.

La notion de liberté retrouvée à l'article 1 de la *Charte* québécoise a une portée plus large que le droit de ne pas être détenu physiquement. Elle englobe le principe d'inviolabilité de la personne et s'étend aussi à l'autodétermination individuelle.⁵⁷

Il en va de même pour la *Charte Canadienne des droits et libertés* qui garantit à l'article 7 trois droits fondamentaux, soit le droit à la vie, le droit à la liberté et le droit à la sécurité de la personne.

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.⁵⁸

Ici aussi, une interprétation large du concept de liberté est nécessaire afin de protéger certains droits à la liberté qui ne sont pas énumérés dans la *Charte*. Cependant, il faut être prudent: le mot "liberté" n'est pas synonyme d'absence totale de contrainte.⁵⁹ Même si la

⁵⁷ H. BRUN et G. TREMBLAY, *Droit constitutionnel*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1982, p. 930.

⁵⁸ *Charte canadienne des droits et libertés*, L.R.C. (1985), App.II no. 44 article 7. Il faut préciser que: «La notion de sécurité de la personne comprend l'autonomie personnelle, du moins en ce qui a trait au droit de faire des choix concernant sa propre personne, le contrôle de son intégrité physique et mentale, et la dignité humaine fondamentale». Voir dans, H. BRUN et P. BRUN, *Chartes des droits de la personne: Législation jurisprudence et doctrine*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1996, p. 173.

⁵⁹ H. BRUN et G. TREMBLAY, *supra*, note 57, p. 919; voir aussi, J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 55, p. 509.

Charte a grandement contribué à promouvoir les droits individuels, ceux-ci n'ont pas un caractère absolu et ils peuvent être restreints par l'article 1.⁶⁰

Avant de poursuivre avec quelques cas de jurisprudence qui pourront nous éclairer davantage sur le principe de l'autonomie, il nous apparaît essentiel d'ouvrir une parenthèse sur certaines obligations que le médecin a envers son patient.

En effet, dans le cadre de la relation médecin-patient, le praticien doit respecter l'autonomie du malade et ce devoir sous-entend deux obligations: celle de renseigner afin de pouvoir obtenir un consentement libre et éclairé.⁶¹ Le *Code de déontologie des médecins*⁶² est très explicite à ce sujet:

Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant ou les personnes dont le consentement peut être requis par la loi ont reçu les explications nécessaires portant sur la nature, le but et les conséquences possibles de l'investigation, du traitement ou de la recherche que le médecin s'apprête à effectuer.⁶³

⁶⁰ P. GARANT, «Droits fondamentaux et justice fondamentale» dans Beaudoin et Ratushny *Charte canadienne des droits et libertés*, Montréal, 2e édition Wilson et Lafleur, 1989, p. 438; Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. 4.

⁶¹ Voir à ce sujet le texte de François Tôth. Il fait la nomenclature des différents jugements qui confirment ces deux obligations. F. TÔTH, «L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois» conférence présentée dans le cadre d'un colloque du Canadian Institute, tenu le 29 octobre 1990, à Montréal et intitulé Responsabilité médicale et hospitalière: Aspects éthiques et juridiques. p. 2-8; voir aussi, J.P. MÉNARD et D. MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1992, p. 16.

⁶² *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981.

⁶³ *Code de déontologie des médecins*, article 2.03.29.

Sauf urgence, le médecin doit, avant d'entreprendre une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant ou des personnes dont le consentement peut être requis par la loi, une autorisation libre et éclairée.⁶⁴

Ces devoirs, auxquels doit se conformer le médecin, visent sans aucun doute à promouvoir aussi le respect de la personne, donc à protéger son autonomie et son intégrité.⁶⁵ Nous avons vu, antérieurement, qu'aux Pays-Bas, on ne respecte pas toujours ce concept, puisque des personnes sont euthanasiées sans avoir donné leur consentement.

1.1 Des cas jurisprudentiels

Plusieurs arrêts consacrent le droit à l'autonomie et le litige est souvent au niveau de l'exigence du consentement libre et éclairé.⁶⁶ Cependant, les tribunaux sont beaucoup plus pointilleux sur les qualités du consentement depuis les arrêts *Reibl c. Hugues* et *Hopp c. Lepp*.⁶⁷

⁶⁴ *Code de déontologie des médecins*, article, 2.03.28.

⁶⁵ F. TÔTH, *supra*, note 61, p. 2; voir aussi, P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 51, p. 130; P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 43, p. 132.

⁶⁶ J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 55, p. 511.

⁶⁷ *Reibl c. Hugues*, [1980] R.C.S. 880 et *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192. La jurisprudence est éloquente à ce sujet puisque l'autonomie englobe l'obligation de renseigner, d'obtenir un consentement et le droit de refuser un traitement. Les auteurs, P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 51, présentent la jurisprudence pertinente p. 109 à 199; voir aussi la nomenclature de F. TÔTH, *supra*, note 61.

Dans l'arrêt *Morgentaler*,⁶⁸ les tribunaux canadiens reconnaissent à la personne une marge d'autonomie dans la prise de décision sur son corps et sur les questions importantes qui touchent à la vie privée.⁶⁹

Ainsi, un aspect du respect de la dignité humaine sur lequel la Charte est fondée est le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales sans intervention de l'État. Ce droit constitue une composante cruciale du droit à la liberté.⁷⁰

Dans l'arrêt *Ciarlariello c. Schacter*,⁷¹ le litige repose sur le droit de faire cesser un traitement déjà amorcé et le juge Cory précise:

Chacun a le droit de décider de ce qu'on pourra faire subir à son corps et, partant, de refuser un traitement médical auquel il n'a pas consenti. Ce concept de l'autonomie individuelle forme un élément de base de la common law [...]⁷²

Puis, dans l'affaire *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*,⁷³ nous avons vu jusqu'où peut s'étendre ce devoir du respect de l'autonomie du patient apte lorsqu'il exerce son droit de refus.

Ce que demande Nancy B., invoquant le principe de l'autonomie de sa volonté, son droit à l'autodétermination, c'est que l'on cesse de lui appliquer le traitement

⁶⁸ R. c. *Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S 30 163.

⁶⁹ P. GARANT, *supra*, note 60, p. 395-396.

⁷⁰ R. c. *Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S 30 à la p. 166, **Madame le juge Wilson**; voir aussi, H. BRUN et G. TREMBLAY, *supra*, note 57, p. 919, les auteurs analysent le commentaire du juge Wilson.

⁷¹ *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119.

⁷² *Id.*, p. 135.

⁷³ *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

de soutien respiratoire pour que la nature suive son cours, c'est qu'on la libère de l'esclavage d'une machine, sa vie dut-elle en dépendre.⁷⁴

La même problématique est soulevée dans l'arrêt *Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil*.⁷⁵ Le patient refuse de s'alimenter. Doit-on passer outre au respect de l'autonomie de la personne et choisir plutôt de privilégier la vie? Pour répondre à la question, le tribunal se réfère à la doctrine en citant Pauline Lesage-Jarjoura:

Le droit de refuser un traitement, ou d'y consentir, trouve sa justification dans le droit à l'autodétermination et le droit à l'inviolabilité. Il traduit le principe de l'autonomie[...]⁷⁶

Ainsi donc, notre système juridique, autant la doctrine que la jurisprudence reconnaissent le principe de l'autonomie dont peut jouir un patient. Le droit de refuser un traitement médical comporte certaines incertitudes et ambiguïtés, mais dans le contexte de la maladie terminale la contestation se fait beaucoup moins criante.⁷⁷ Le patient a le pouvoir de faire cesser un traitement médical, même si la cessation des soins le conduit

⁷⁴ *Id.*, p. 365.

⁷⁵ *Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil* [1992] R.J.Q. 712 (C.S.).

⁷⁶ *Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil* p. 720; voir aussi, **P. LESAGE-JARJOURA**, *supra*, note 43, à la p. 44. Nous pouvons signaler aussi que même en situation d'urgence un patient apte peut refuser un traitement, voir l'affaire *Malette c. Shulman* [1990] 72 O.R. (2ND.) 417, à la p. 432, **monsieur le juge J.A. Robins**. «At issue here is the freedom of the patient as an individual to exercise her right to refuse treatment and accept the consequences of her own decision. The right to determine what shall be done with one's own body is a fundamental right in our society. The concepts inherent in this right are the bedrock upon which the principles of self-determination and individual autonomy are based».

⁷⁷ **P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS**, *supra*, note 51, p. 148.

inévitablement à la mort.⁷⁸ Mais ce droit à l'autonomie a certainement des limites, il n'est pas absolu.⁷⁹

1.2 Les limites jurisprudentielles

Certains jugements ont donné préséance à la vie ou à l'intervention forcée plutôt qu'au respect de l'autonomie de la personne, surtout lorsque la personne n'a pas la capacité de consentir. Dans *P.G. du Canada c. l'Hôpital Notre-Dame*,⁸⁰ la Cour intervient afin de protéger la vie et la sécurité physique d'un individu. En guise de contestation contre sa déportation, un immigrant s'introduit un fil d'acier dans l'oesophage. La Cour décide que les médecins peuvent intervenir contre la volonté du patient pour lui extraire ce fil.

Le principe de l'inviolabilité de la personne n'est pas absolu[...]chaque être humain est, en principe, maître de sa destinée son droit d'autodétermination demeure assujéti aux restrictions prévues par la loi.⁸¹

⁷⁸ D. TREMBLAY, «Les décisions de fin de vie et le respect de l'autonomie de la personne» dans L. Lamarche, P. Bosset, *Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne*, Les Presses de l'Université Laval, 1996, p. 60; voir aussi, S. NOOTENS, «La relation médecin-patient et les décisions de traitements» (1990) 20 R.D.U.S.377 à la p. 380; F. TÔTH, *supra*, note 61, p. 5; J.L BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 24, p. 85; J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 55, p. 514.

⁷⁹ R.P. KOURI, «L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois» (1984) 44 R. du B. 851 à la p. 853. P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 51, p. 132.

⁸⁰ *P.G. du Canada c. Hôpital Notre-Dame* [1984] C.S. 426.

⁸¹ *Id.*, à la p. 427.

Puis, dans certaines conditions, «le droit à l'autonomie doit être supplanté par le devoir de l'État de protéger la vie de ses citoyens».⁸² C'est la conclusion à laquelle sont parvenus les juges de la Cour suprême dans l'affaire *Rodriguez c. Colombie Britannique*.⁸³ Cette cause a relancé le débat sur le plan des limites du respect du droit à l'autonomie par rapport à un éventuel droit à la mort.

La *common law*, comme la *Charte* elle-même dans plusieurs de ses dispositions, reconnaît donc l'importance fondamentale de l'autonomie individuelle et de l'autodétermination dans notre système juridique. Cela ne signifie pas que ces valeurs sont absolues.⁸⁴

Denise Tremblay souligne qu'il semble y avoir contradiction au niveau de l'interprétation du droit à l'autonomie entre les différents jugements de la Cour selon qu'il s'agisse d'un refus ou d'une cessation de traitement ou encore d'un suicide assisté.⁸⁵

Dans les arrêts *Nancy B.* et *Manoir de la Pointe Bleue*, la Cour accorde une importance à l'autonomie de la personne. De plus, elle reconnaît, dans ces deux cas, que les personnes sont compétentes pour exercer un droit de refus, donc leur liberté de choix est souveraine. Dans *Rodriguez*, la Cour, cette fois-ci, penche en faveur du caractère sacré de la vie; elle choisit l'intérêt de la société. En effet, elle pense que si l'on respecte les volontés de madame Rodriguez et que l'on autorise le suicide médicalement assisté, on pourra, en

⁸² D. TREMBLAY, *supra*, note 78, p. 65.

⁸³ *Rodriguez c. Colombie-Britannique* (P.G.) [1993] 3 R.C.S. 519.

⁸⁴ *Id.* p. 554, **monsieur le juge Lamer**, il est dissident dans cette cause.

⁸⁵ D. TREMBLAY, *supra*, note 78, p. 67.

répondant à cette demande, nuire aux membres les plus vulnérables de la société. En effet, il est préférable de maintenir la prohibition générale prévue au *Code criminel* à cause des risques d'abus.⁸⁶ De plus, la Cour s'interroge sur le consentement. Elle craint qu'il ne puisse être aussi libre qu'il le devrait: les pressions sociales ou familiales pourraient venir influencer le malade dans sa prise de décision. Alors, ici, la Cour privilégie les droits de la collectivité aux dépens des droits individuels. Même s'il y a violation du droit à l'égalité garanti par la *Charte Canadienne* à l'article 1, il est démontré que cette restriction d'interdire l'aide au suicide à une personne handicapée est justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique.⁸⁷

Ainsi nous avons tenté de cerner les éléments essentiels qui définissent le principe de l'autonomie. Nous allons maintenant nous attarder à la notion de la mort dans la dignité.

2- Le droit à la mort au nom de la dignité et de la compassion

Dans un mouvement d'affirmation presque inconditionnelle de l'autonomie du malade, certains en sont venus à réclamer un droit à la mort, l'assimilant d'un même coup avec le droit de mourir dans la dignité.⁸⁸

⁸⁶ D. TREMBLAY, *supra*, note 78, p. 67; voir aussi, Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 50, p. 50 émettait la même opinion à l'époque.

⁸⁷ Rapport du Comité sénatorial, *supra*, note 8, p. 4.

⁸⁸ P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 43, p. 19.

Cette notion du «mourir dans la dignité» est un autre fondement sur lequel se basent les défenseurs du droit à la mort. Il faut avouer qu'il s'agit d'une expression assez ambiguë, comme le confirment quelques auteurs.⁸⁹

Mourir dans la dignité signifie «refuser de se soumettre à des manoeuvres technologiques qui ne feraient que prolonger l'agonie».⁹⁰ C'est permettre au malade de vivre ses derniers moments avec le moins de douleur possible.⁹¹ C'est respecter le malade dans son environnement et son milieu de vie en lui permettant d'être accompagné et entouré par sa famille.⁹²

La mort dans la dignité [...] c'est traiter l'être humain comme une fin en soi, comme une entité unique, quelles que soient les circonstances. C'est lui éviter de devenir un objet clinique, un rouage anonyme dans le grand ensemble hospitalier. La dignité est dans la conscience que nous avons de notre grandeur et elle est dans le regard des autres.⁹³

Toutefois, nous n'avons pas tous la même conception de la dignité. En effet, pour certains, la vie est indigne si elle se prolonge trop longtemps et qu'elle est accompagnée de

⁸⁹ J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 50, p. 25; voir aussi, P.E. CHABOT, *supra*, note 45, p. 11.

⁹⁰ J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 24, p. 107; M.J. ALEPIN, C. LAVALLÉE et L. BÉLANGER, *supra*, note 50, p. 107.

⁹¹ D.J. ROY *et al.*, *supra*, note 1, p. 431; voir aussi, J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 50, p. 26.

⁹² D. RACETTE, «Mourir avec dignité» (1991) XXXI (3) Bull. Corp. prof. des médecins du Québec 28 à la p. 28.

⁹³ J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 30, p. 24.

trop grandes souffrances. Tandis que pour d'autres, «c'est la mort elle-même qui est la suprême indignité, puisqu'elle marque l'échec d'un dernier combat».⁹⁴ Les partisans du droit à la mort dénoncent fréquemment l'utilisation des moyens technologiques pour lutter contre la mort, car ils sont envahissants et indignes, disent-ils. Pourtant, est-ce que la limitation des moyens extraordinaires pour maintenir la personne en vie atténue quelque peu l'humiliation? La mort naturelle est-elle plus digne?⁹⁵ Pauline Lesage-Jarjoura spécifie à ce propos qu'il est faux de croire que la mort dans la dignité doit se faire sans artifice, les appareils, dans certains cas, ne sont pas nécessairement indignes.⁹⁶ Edward Keyserlingk se prononce dans le même sens: pour lui, souvent, plusieurs raisons médicales justifient l'utilisation de tous ces moyens de soutien. En effet, pour certaines personnes, ce sera indiqué de combattre jusqu'au dernier instant de vie. Tandis que, pour d'autres, il ne sera pas nécessaire d'utiliser des moyens disproportionnés.⁹⁷

Le droit à la vie est reconnu partout à travers le monde, alors existe-t-il également un droit à la mort digne? L'article 7 de la *Charte canadienne* n'exclut pas cette possibilité

⁹⁴ P.E. CHABOT, *supra*, note 45, p. 11.

⁹⁵ E. W. KEYSERLINGK, *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie*, Commission de réforme du droit du Canada, Ottawa, Approvisionnements et Services, 1979, p. 71.

⁹⁶ P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 50, p. 18; F.R. CERRUTI, *supra*, note 44, p. 67.

⁹⁷ E. W. KEYSERLINGK, *supra*, note 95, p. 74-75.

lorsqu'il est question d'interruption de traitements pour permettre une mort digne.⁹⁸ Dans un contexte plus large, la dignité est reconnue aussi dans la *Charte des droits et libertés de la personne*. C'est Pauline Lesage-Jarjoura qui remarque⁹⁹ que, dans le préambule de la dite *Charte*, il est mentionné ceci: «le respect de la dignité de l'être humain [...] constitue le fondement de la justice et de la paix».¹⁰⁰ De plus, comme le souligne Suzanne Philips-Nootens les médecins ont une obligation à cet égard:

Laisser mourir dans la dignité un patient qui ne peut plus être sauvé, quels que soient les moyens employés, fait partie du devoir sacré du médecin à son égard.¹⁰¹

Le *Code de déontologie des médecins* est aussi éloquent:

Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soulagement approprié.¹⁰²

Mais qu'advient-il lorsque le droit à la mort digne suggère la décriminalisation de l'aide au suicide ou de l'euthanasie? La notion de la mort dans la dignité est maintenant associée par certains à la mort provoquée.¹⁰³ Nous savons que le droit actuel reconnaît

⁹⁸ M. OUELLETTE, «La Charte canadienne et certains problèmes de bioéthique» (1984) 18 R.J.T. 271 aux pp. 281-282.

⁹⁹ P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 50, p. 19.

¹⁰⁰ *Charte des droits et libertés*, L.R.Q., c. C-12.

¹⁰¹ S. PHILIPS-NOOTENS, «Face à la maladie mortelle deux décisions possibles et leurs implications juridiques» (1982) 12 R.D.U.S. 453 à la p. 438.

¹⁰² *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981, article 2.03.27.

¹⁰³ J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 30, p. 25.

l'autonomie de la personne, mais il ne sanctionne pas pour autant un véritable droit à la mort.¹⁰⁴ Jean-Louis Baudouin signale à ce propos:

Mon droit à ma mort ne me donne pas pour autant un droit à la mort. Ainsi je ne peux exiger du médecin qu'il me tue parce que je le lui demande.¹⁰⁵

Pour sa part Edward Keyserlingk affirme:

[...] si un patient choisit de se faire tuer, ce choix ne peut créer d'obligation pour qui que ce soit, et il ne peut constituer un droit.¹⁰⁶

Le droit à la mort et le droit de mourir sont des expressions employées indifféremment mais elles comportent des distinctions importantes:¹⁰⁷

Exiger la mort est différent d'exiger de laisser la mort survenir naturellement. Le droit de mourir naturellement est différent du droit à la mort.¹⁰⁸

Le droit de mourir fait référence à la façon de mourir, comme Nancy B. le demandait. Elle voulait mourir en paix sans son respirateur qui l'empêchait de mourir naturellement. Le droit à la mort fait référence au geste de provoquer délibérément la mort comme l'exigeait Sue Rodriguez.¹⁰⁹

¹⁰⁴ P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 43, p. 22.

¹⁰⁵ J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 50, p. 21; voir aussi, J.L. BAUDOUIN, «Réflexion sur les rapports de la bioéthique et des droits fondamentaux» dans G. Lafrance, *Éthique et droits fondamentaux*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 1989 p. 151.

¹⁰⁶ E.W. KEYSERLINGK, *supra*, note 95, p. 162.

¹⁰⁷ F.R. CERRUTI, *supra*, note 44, p. 67.

¹⁰⁸ J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 24, p. 116.

¹⁰⁹ D. BLONDEAU, *supra*, note 32, p. 82.

La compassion est un autre élément que les partisans du droit à la mort revendiquent, mais pourtant:

[...] l'euthanasie est une *fausse pitié*, et plus encore une inquiétante «Perversion» de la pitié: en effet, la vraie "compassion" rend solidaire de la souffrance d'autrui, mais elle ne supprime pas celui dont on ne peut supporter la souffrance.¹¹⁰

Dans leur *Mémoire présenté au comité sénatorial sur l'aide au suicide et l'euthanasie*, les auteurs Jean Desclos, Pauline Lesage-Jarjoura et Suzanne Philips-Nootens mentionnent, que le don de mort par compassion cache parfois un certain mirage.¹¹¹ En effet, lorsque nous sommes en présence d'une personne agonisante ou lourdement handicapée, nous devons regarder bien en face la souffrance que nous voulons faire taire: est-ce la nôtre ou celle du malade? Dans son document *Euthanasie, l'aide au suicide et l'interruption de traitement* la Commission de réforme du droit du Canada exprime les mêmes craintes. Il existe un réel danger que la demande d'euthanasie ne reflète pas la véritable volonté de l'individu, car elle peut être trop facilement conditionnée par des pressions extérieures.¹¹²

De plus, nous avons un concept très utilitariste de la vie et le facteur économique pourrait bien faire pencher la balance en faveur de la mort.¹¹³ Les administrateurs et les

¹¹⁰ JEAN-PAUL II, *supra*, note 31, par. 66, p. 127.

¹¹¹ J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 30, p. 42.

¹¹² Commission de réforme du droit du Canada, *supra*, note 50, p. 53.

¹¹³ D. LAPOINTE, *supra*, note 49, p. 30.

technocrates pourraient voir de réels avantages sociaux à tuer par compassion: cela réduit, entre autres, les coûts d'hospitalisation.¹¹⁴ Le psychiatre Frédéric Grunberg, a lui aussi les mêmes inquiétudes. Il fait l'observation suivante: les programmes de soins palliatifs coûtent cher; alors, au nom de la rentabilité et de l'efficacité, il serait avantageux d'envisager la solution facile, comme l'aide au suicide ou l'euthanasie.¹¹⁵

C- Une analyse critique

Les différents fondements du droit à la mort furent établis précédemment. Nous avons vu que l'autonomie, la dignité et la compassion sont les principaux arguments qui servent d'assise à la revendication du droit à la mort. Cependant, les lois actuelles qui autorisent l'euthanasie et l'aide médicale au suicide ne respectent pas nécessairement ces concepts.

Par exemple, les néerlandais ont prévu dans leur formulaire de déclaration obligatoire des actes euthanasiques posés par le médecin, une section intitulée «interruption active de la vie sans demande expresse». Cette nouvelle disposition vient sanctionner encore plus le non-respect accordé à l'autonomie de la personne. Ces mesures sont contraires aux fondements sur lesquels reposent les politiques de l'euthanasie qui sont, rappelons-le, le respect de l'autonomie et la compassion. Pourtant, le droit de consentir repose sur le principe

¹¹⁴ C.P. HARRISON, «L'euthanasie la médecine et la loi» dans *Autonomie personnelle: euthanasie et santé mentale*, Montréal, McGraw-Hill Éditeurs, 1990 p. 10.

¹¹⁵ F. GRUNBERG, *supra*, note 39, p. 17; voir aussi, J.L. BAUDOUIN, il est du même avis voir *supra*, note 50, p. 26.

de l'inviolabilité de la personne qui s'étend à son tour à l'autodétermination individuelle. Dans ce contexte, nous nous demandons quels droits au juste les néerlandais ont voulu protéger. Nous avons l'impression que toutes les dispositions législatives concernant l'euthanasie aux Pays-Bas accroissent l'autonomie du médecin et non celle du malade.¹¹⁶ Un professeur néerlandais, Henk Jochemsen, affirme que l'expérience des Pays-Bas démontre que les pratiques concernant les décisions médicales de fin de vie où on euthanasie un patient sans son autorisation, sont de plus en plus tolérées et approuvées officiellement. Finalement, selon lui, la nouvelle législation ne protège pas plus la vie humaine, au contraire.¹¹⁷

De plus, les autorités légalisent à moitié l'euthanasie en assurant aux médecins qu'ils ne seront pas poursuivis s'ils pratiquent l'euthanasie en respectant les lignes de conduites établies par le gouvernement,¹¹⁸ sinon, ils pourront invoquer la force majeure.

Les lignes directrices sont vagues et les médecins qui pratiquent l'euthanasie peuvent les interpréter de façons divergentes, quand ils ne les ignorent pas totalement.¹¹⁹

¹¹⁶ **H. HENDING**, «Le suicide, le suicide assisté et l'euthanasie: Le rôle du médecin dans la prise de décision» conférence présentée dans le cadre d'un congrès international de la Division des Soins palliatifs, Département d'oncologie, Université McGill tenu le 7 septembre 1996 à Montréal et intitulé: Les soins aux malades en phase terminale.

¹¹⁷ **H. JOCHEMSEN**, «Euthanasia in Holland an Ethical Critique of the New Law» (1994) 20 *Journal of Medical Ethics* 212 à la p. 216.

¹¹⁸ Voir opinion du juge Sopinka dans *Rodriguez c. Colombie Britannique* (P.G.), (1993) 158 N.R. par. 46.

¹¹⁹ **D.J. ROY et al.**, *supra*, note 1, p. 466.

Il est évident que leur politique sur l'euthanasie comporte des faiblesses. Certains médecins s'inquiètent, car selon eux, il y a déjà des bavures.¹²⁰ Par exemple, les procédures de déclarations obligatoires peuvent être falsifiées dans n'importe quelles circonstances. Le contrôle médical de l'euthanasie aux Pays-Bas est une «véritable passoire».¹²¹

C'est au nom de la compassion et du respect de l'autonomie (les deux piliers de leur politique du droit à la mort)¹²² que les néerlandais soulagent définitivement les souffrances de leurs patients atteints de troubles psychiatriques.¹²³ Pouvons-nous affirmer qu'ils respectent ainsi l'autonomie et la dignité du patient en répondant affirmativement à une telle demande? Le jugement de ces patients est faussé et ils ne sont pas aptes à donner un consentement éclairé.¹²⁴

Offrir l'euthanasie aux personnes atteintes de troubles psychologiques est une question qui fait émerger des valeurs contradictoires dans un domaine qui n'est pas aussi clair et prévisible que dans le cas des maladies physiques. Ces personnes sont pourtant

¹²⁰ J. L. BAUDOUIN, *supra*, note 50, p. 23.

¹²¹ J.L. BAUDOUIN, *supra*, note 22, p. 34.

¹²² H. JOCHEMSEN, *supra*, note 117, p. 213.

¹²³ A.D. OGILVIE et S.G. POTTS, «Assisted Suicide for Depression: The Slippery Slope in Action?» (1994) 309 British Medical Journal 492 à la p. 492.

¹²⁴ P. LESAGE-JARJOURA, J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 51, p. 171; voir aussi, P. LESAGE JARJOURA, *supra*, note 43, p. 144; P. LESAGE-JARJOURA, *supra*, note 50, p. 170.

vulnérables; elles ont besoin d'un support médical approprié à leur état. N'y a-t-il pas dans cette attitude un désengagement de la part de l'État? Peut-être est-ce moins coûteux d'éliminer ces personnes que de leur prodiguer des soins?

Il est difficile de parler de mort dans la dignité dans une pareille situation où le système s'en prend à ses plus démunis. Le droit à la mort est-il devenu une solution élégante pour se débarrasser d'une population inutile et non productive? Dans ces circonstances, ce droit perd son sens véritable puisque son but est de permettre d'échapper à des souffrances physiques intolérables et d'adoucir un peu la mort.

Dans l'arrêt *Sue Rodriguez*, le Canada a refusé d'autoriser le suicide assisté en invoquant, comme principal argument, que la société doit assurer la protection des personnes vulnérables.¹²⁵ Les tribunaux craignaient, et avec raison, qu'il y ait des abus comme aux Pays-Bas.

En Australie, un médecin a poussé le droit à l'autodétermination à son maximum en offrant le suicide assisté par ordinateur; le patient est ainsi pleinement responsable de sa mort puisque c'est lui qui actionne le bouton. Les médias ont beaucoup commenté cette méthode de suicide assisté par ordinateur. Ce choix de vouloir devancer sa mort peut être légitime, mais il doit se faire dans un cadre plus intime à l'abri des regards médiatiques. Et, de plus, comment s'assurer que, devant la nouveauté de cette méthode, des patients

¹²⁵ *Rodriguez c. Colombie Britannique* (P.G.), (1993) 158 N.R. 1, par. 68.

vulnérables, dépressifs, ne soient attirés vers la mort? Les procédés spectaculaires d'aide au suicide du docteur Kevorkian sont attrayants pour les personnes rongées par la maladie et la souffrance. Rendre accessible sur le réseau Internet des recettes pour se donner la mort, réduit la mort à une simple banalité. De plus, les méthodes proposées sont souvent affreuses et pénibles. Toutes ces façons de donner la mort ne favorisent pas le respect de la dignité de la personne.

Revendiquer le droit à la mort au nom de la dignité et de l'autonomie dans certaines circonstances est un concept tout à fait louable. Mais, nous sommes en droit de nous questionner lorsque la mort provoquée est imposée au patient malade qui n'a pas donné son consentement.

Le choix de l'euthanasie devient plus grave lorsqu'il se définit comme un *homicide* que des tiers pratiquent sur une personne qui ne l'a aucunement demandé et qui n'y a jamais donné aucun consentement. On atteint ensuite le sommet de l'arbitraire et de l'injustice lorsque certaines personnes, médecins ou législateurs, s'arrogent le pouvoir de décider qui doit vivre et qui doit mourir.¹²⁶

La société est-elle prête à assumer un droit à la mort? La loi de 1995 dans le Territoire du Nord Australien fut révoquée par le Sénat. Cela démontre une certaine hésitation. Le gouvernement devra-t-il céder à nouveau à l'opinion publique, puisqu'elle se prononce à 75 p. 100 en faveur d'un droit à la mort?¹²⁷ Entre temps, quatre personnes ont, malgré tout, appuyé sur le bouton qui administre la mort.

¹²⁶ JEAN-PAUL II, *supra*, note 31, par. 66, p. 127.

¹²⁷ N. TAIT, *supra*, note 20.

CONCLUSION

Le droit à la mort soulève un débat public qui déchaîne les passions,¹²⁸ et représente un dilemme d'ordre éthique et moral.¹²⁹ Cette nouvelle problématique, qui tire son origine des progrès fulgurants de la technologie médicale, sera toujours controversée. En effet, les opinions sont nettement divisées. Pour certaines personnes, le droit à la mort apparaît comme une alternative moralement valable et socialement acceptable, alors que pour d'autres, ce choix est très discutable.¹³⁰

Dans cette requête du droit à la mort, les partisans de ce droit invoquent un concept fondamental qui est celui du respect de l'autonomie de la personne. On réclame la liberté de choisir le moment de sa mort. Nous avons voulu vérifier si les législations adoptées par les Pays-Bas et l'Australie respectaient ce postulat. Il fut démontré que les politiques des Pays-Bas à l'égard du droit à la mort comportent de sérieuses failles. En effet, l'euthanasie est pratiquée sur certains malades sans obtenir leur consentement libre et éclairé. «L'euthanasie non consentie, c'est-à-dire involontaire, est en elle-même un affront à la

¹²⁸ S. HALPERN, «Faut-il légaliser l'euthanasie?» (1995) 20 L'Actualité p. 67.

¹²⁹ F.H. LOWY, D. SAWYER et J.R. WILLIAMS, *supra*, note 4, p. 25.

¹³⁰ J. FORTIN, «Pourquoi l'euthanasie aujourd'hui?» (1990) 3 Frontières 21 à la p. 22.

dignité humaine»¹³¹ et à l'inviolabilité de la personne. Les néerlandais permettent aussi d'administrer l'euthanasie aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces deux comportements ne favorisent pas le respect de l'autonomie de la personne.

Le droit à la mort a aussi donné lieu à diverses scènes disgracieuses où des personnes ont choisi de se faire aider à mourir en utilisant des "machines à suicide" ou des ordinateurs. Appuyez sur un bouton et le tour est joué: la mort vous emportera loin de vos souffrances. Avec le réseau Internet, on choisit sa mort à la carte, comme on choisit son menu au restaurant. Ces procédés spectaculaires ne respectent pas la dignité de la personne. Ils peuvent stimuler le désir de mourir chez certaines personnes vulnérables et dépressives. Ils sont attayants et risquent de provoquer un effet d'entraînement sur les personnes souffrantes qui deviennent, dans ces moments, beaucoup plus vulnérables.

Comme société responsable, nous devons garantir à nos malades la protection de leurs droits fondamentaux. La conjoncture économique actuelle, où on impose des réductions dans les coûts des soins de la santé afin d'économiser de l'argent et des ressources, y est peu propice! Le droit à la mort pourrait bien devenir une obligation.

¹³¹ J.L. BAUDOUIN et D. BLONDEAU, *supra*, note 24, p. 102.

Il faut s'interroger sur les motifs profonds qui inciteraient une personne à choisir la mort plutôt que la vie: raisons économiques ou raisons de compassion et de dignité humaine?¹³²

Nous constatons un peu partout une tendance très forte à pousser l'État et la société à abandonner leurs responsabilités envers les citoyens défavorisés.¹³³

Notre système de droit, bien que respectant le droit à l'autonomie, s'est opposé jusqu'ici à l'adoption d'une loi qui autoriserait l'euthanasie ou l'aide médicale au suicide. Les raisons invoquées par les tribunaux concernent surtout les risques d'abus et de dérapages. Avant de sanctionner le droit à la mort, le Canada doit se pencher avec attention sur les lois étrangères qui autorisent ce droit, car les objectifs annoncés par ces législations ne respectent pas toujours l'autonomie et la dignité de la personne. La loi finit souvent par être détournée de son but principal et son esprit, par être trahi.

Dans les décisions que notre société prendra, il ne faudra jamais perdre de vue que c'est le malade qui est au centre de la problématique. Nous devons lui assurer une qualité de vie en lui prodiguant les meilleurs soins dont il a besoin. La personne réclame-t-elle le droit à la mort parce qu'elle souffre trop ou parce qu'elle éprouve le sentiment que sa vie ne

¹³² E. GOLDENBERG, «Mort, angoisse et communication: l'euthanasie psychanalysée» dans D. Racette, «Mourir avec dignité» (1991) XXXI (3) Bull. Corp. prof. des médecins du Québec 28 à la p. 34.

¹³³ M. DONGOIS, «Managed care: attention, danger!» (1996) 17 L'Actualité Médicale p. 4.

vaut plus rien aux yeux des autres?¹³⁴ Si la médecine parvenait à mieux soulager les souffrances des malades, si la société répondait davantage aux besoins des patients en fin de vie, les demandes d'euthanasie et d'aide au suicide seraient réduites au minimum. Mourir fait partie du processus normal de la vie. Cet acte intime doit se faire à l'abri des regards et surtout des lois. Laissons l'État en dehors de tout cela. Il prend déjà beaucoup de place dans notre vie, ne le laissons pas en plus gérer notre mort.

Pour terminer, laissons le dernier mot à des auteurs qui ont longuement réfléchi sur la question du droit à la mort. Ils ont réussi à identifier avec justesse ce qui doit être valorisé dans nos milieux de santé. Nous espérons fortement que notre société suivra cette voie.

Le refus d'entériner le droit de donner la mort doit s'accompagner d'un effort continu d'éducation dans les milieux de la santé, d'une recherche constante de soins plus efficaces et dispensés de manière plus humaine pour tous nos concitoyens souffrants. C'est là, et seulement là, que réside le véritable progrès.¹³⁵

¹³⁴ E. GOLDENBERG, *supra*, note 132, p. 134.

¹³⁵ J. DESCLOS, P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *supra*, note 30, p. 27.

TABLE DE LA LÉGISLATION

CANADA

<i>Charte canadienne des droits et libertés,</i> L.R.C. (1985) App. II no.44	8, 36, 39, 45, 62, 63, 69, 71
<i>Code criminel</i> , L.R.C. (1985), c. C-46	37, 38, 39, 40, 41, 45, 69
<i>Projet de Loi C-215 Loi modifiant le code criminel</i> <i>(aide au suicide)</i>	37
Projet de loi C-351, C-203, C-261, C-385	36

QUÉBEC

<i>Charte des droits et libertés</i> , L.R.Q., c. C-12	61, 62, 72
<i>Code civil du Bas-Canada</i>	60
<i>Code civil du Québec</i>	61
<i>Code de déontologie des médecins</i> , R.R.Q., 1981	63,72

PAYS-BAS

<i>Code pénal</i>	14, 16, 19, 21, 31
<i>Document parlementaire 22572</i>	20, 31
<i>Loi sur la pratique de la médecine</i>	16
<i>Loi sur les pompes funèbres</i>	20

AUSTRALIE

<i>Code criminel 1983 (N.T.)</i>	24, 25, 27, 28, 31
<i>Natural Death Act No. 121 1983 (SA) (NDA)</i>	25
<i>Natural Death Bill 1993</i>	26
<i>Medical treatment Act 1988</i>	25
<i>Rights of the Terminally Ill Act</i>	22, 26, 27, 28, 30, 31
<i>Rights of the Terminally Ill Act Amendment 1996</i>	27
<i>Voluntary Euthanasia Act 1995</i>	26

TABLE DE JURISPRUDENCE

JURISPRUDENCE CANADIENNE ET QUÉBÉCOISE

<i>Ciarlariello c. Schacter</i> , [1993] 2 R.C.S. 119	65
<i>Hopp c. Lepp</i> , [1980] 2 R.C.S. 192	64
<i>Malette c. Schulman</i> [1990] 72 O.R. (2Nd.) 417	66
<i>Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil</i> , (1978) inc. c. Corbeil [1992] R.J.Q. 712 (c.s.)	66, 68
<i>Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec</i> , [1992] R.J.Q. 361 (C.S.)	37, 65, 68, 73
<i>P.G. du Canada c. Hôpital Notre-Dame</i> , [1989] C.S. 426	67
<i>Reibl c. Hugues</i> , [1980] R.C.S. 880	64
<i>R. c. Alberto De la Rocha</i> , (2 avril 1995) (Ont.) [non publié]	43
<i>R. c. Brush</i> , [1995] O.S. No. 656	42
<i>R. c. Latimer</i> [1995], S.J. No. 402, (C.A)	41, 42, 43, 44
<i>R. c. Morgentaler</i> , [1988] 1 R.C.S. 30 163	65
<i>Rodriguez c. Colombie-Britannique</i> (P.G.), [1993] 3 R.C.S. 519	37, 38, 44, 45, 57, 68, 73, 76, 78

JURISPRUDENCE NÉERLANDAISE

Jugement du 21 février, 1973, <i>Dist. Court Leewarden</i> (1973) No. 183 (Neth). (Affaire Postma)	14
Jugement du 27 novembre, 1984, <i>The Court of the Hoge Raad</i> N.J. (1985) No. 106. (Affaire Alkmaar)	15
Jugement du 21 juin, 1994, <i>Supreme Court of the Netherlands</i> N.J. (1994) No. 96972. (Affaire Chabot)	21

JURISPRUDENCE AUSTRALIENNE

<i>R. v. Larkin</i> , Unreported, Supreme Court (Vic.) 14 April 1983	24
<i>Barnes</i> , Unreported, Supreme Court (N.S.W.) 16 November 1981	24

JURISPRUDENCE ANGLAISE

<i>Airedale National Health Service Trust c. Bland</i> , [1993] AC 789	28
---	----

BIBLIOGRAPHIE

- ALCORN G., «Press "yes" to Die: Why Jan Culhane Hopes to Choose Death by Computers» *The Sydney Morning Herald* (April 17 1996).
- ALCORN G., «Mercy Death World First» *The Sydney Morning Herald* (September 26 1996).
- ALEPIN M.J., C. LAVALLÉE et L. BÉLANGER, *A la frontière de l'éthique et du droit*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1993.
- ANGELL M., «Euthanasia in the Netherlands - Good News or Bad?» 1996 335 *The New England Journal of Medicine* 1676.
- AYOUB J., «L'euthanasie et le suicide assisté» (1995) 3 Conférences du Grand Séminaire de Montréal 3.
- BAUDOUIN J.L., «La personne est seule juge de sa qualité de vie» (1994) 11 R.N.D. 16.
- BAUDOUIN J.L., «Réflexions sur les rapports de la bioéthique et des droits fondamentaux» dans G. Lafrance *Éthique et droits fondamentaux*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 1989.
- BAUDOUIN J.L., «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement - La loi actuelle» (1992) XXXII (5) *Bull. Corp. prof. des médecins du Québec* 32.
- BAUDOUIN J.L., «La liberté du patient devant le traitement et la mort» dans D. Turp, et G.A. Beaudouin, (éd.), *Perspectives canadiennes et européennes des droits de la personne*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1986.
- BAUDOUIN J.L. et D. BLONDEAU, *Éthique de la mort et droit à la mort*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.
- BLANCHET B., «L'euthanasie et le suicide assisté» (1995) 3 Conférences du Grand Séminaire de Montréal 17.
- BLONDEAU D., «Droit à la mort et droit de mourir: une source de confusion» (1994) 29 *Le médecin du Québec* 79.
- BOULVA M., «Territoires de l'Australie: l'euthanasie interdite» (1997) 11 *L'informateur catholique* 6.

BOURGEAULT G., *L'Éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.

BRANEGAN J. «I Want to Draw the Line Myself» Euthanasia and assisted suicide are still against the law in the Netherlands, but more people there are choosing to end their own life» *Time* (March 17 1997) 30.

BRILLON Y. *et al.*, «Attitudes face à l'euthanasie de la part du personnel médical et infirmier travaillant en soins palliatifs» (1995) 8 *Frontières*, 27.

BRUN H. et P. BRUN, *Chartes des droits de la personne: Législation jurisprudence et doctrine*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1996.

BRUN H. et G. TREMBLAY, *Droit constitutionnel*, Montréal, Les Éditions Yvon Blais, 1990.

BURNETT R., «L'euthanasie et les médias» conférence présentée dans le cadre d'un congrès international de la Division des Soins palliatifs Département d'oncologie, Université McGill tenu le 7 septembre 1996 à Montréal et intitulé: Les soins aux malades en phase terminale.

CAPRON A.M., «Euthanasia in the Netherlands American Observations» (1992) 22 *Hastings Center Report* 30.

CERRUTI F.R., *L'euthanasie: approche médicale et juridique*, Toulouse, Privat, 1987.

CHABOT P.E., «Une mort si douce» (1994) 11 *R.N.D.* 4.

CLAUSEN L., «One Man's Death Divide the Living. The world's first right-to-die legislation is put into practice in northern Australia» *Time* (October 7 1996) 32.

COLE-ADAMS K., «Kinder, Gentler Death? A new euthanasia law allows some Australian doctors to help terminally ill patients die» (1995) *Time* 36.

DESCHAMPS P., «L'euthanasie doit-elle être légalisée?» (1990) 3 *Frontières* 41.

DESCHAMPS P., «L'aide au suicide: légalisation ou décriminalisation» (1995) 8 *Frontières* 11.

DESCLOS J., P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, Mémoire présenté au comité sénatorial sur l'aide au suicide et l'euthanasie, Ottawa, décembre 1994.

DE WATCHER M., «Euthanasia in the Netherlands» (1992) 22 *Hastings Center Report* 23.

- DICAMILLO J.A., «A Comparative Analysis of the Right to Die in the Netherlands and the United States After Cruzan: Reassessing the Right of Self-Determination» (1992) 27 Am. U. J. Int'l L. & Pol'y 807.
- DILLMANN R.J.M. et J. LEGEMAATE, «Euthanasia in the Netherlands: The state of the legal debate» (1994) 1 European of Health Law. 81.
- DONGOIS M., «Managed care: attention, danger!» (1996) 17 L'Actualité Médicale 4.
- EMANUAL E.J., «Euthanasia - Historical, Ethical, and Empiric Perspective» (1994) 154 Arch Intern. Med. 1890.
- FORTIN J., «Pourquoi l'euthanasie aujourd'hui?» (1990) 3 Frontières 21.
- GAGNON L., «Du père Pinard à Tracy Latimer» *La Presse [de Montréal]* (8 février 1997) B3.
- GARANT P., «Droits fondamentaux et justice fondamentale» dans Beaudoin et Ratushny, *Charte canadienne des droits et libertés*, Montréal, Wilson et Lafleur 1989.
- GEVERS J.K.M., «Legal Developments Concerning Active Euthanasia on Request in the Netherlands» (1987) 1 Bioethics 156.
- GOLDENBERG E., «Mort, angoisse et communication: l'euthanasie psychanalysée» dans D. Racette, «Mourir avec dignité» (1991) XXXI (3) Bull. Corp. prof. des médecins du Québec 28.
- GORDON J., «La nouvelle politique de l'AMC sur l'aide médicale à la mort: Quel consensus? Quel combat?» (1994) 151 17 Canadian Medical Association Journal 1005.
- GRUNBERG F., «La médicalisation de l'aide au suicide» (1995) 8 Frontières 16.
- HALPERN S., «Faut-il légaliser l'euthanasie?» (1995) 20 L'Actualité 67.
- HARRISON C.P., «L'euthanasie, la médecine et la loi» dans W. Cragg, *Autonomie personnelle: euthanasie et santé mentale*, Montréal, McGraw-Hill Éditeurs, 1990.
- HÉBERT M., «L'application des Chartes canadienne et québécoise en droit médical» (1989) C.de D. 495.
- HENDING H., «Seduced by Death: Doctors, Patients, and the Dutch Cure» (1994) 2 Issues in Law & Medicine 123.

- HENDING H., «Le suicide, le suicide assisté et l'euthanasie: le rôle du médecin dans la prise de décision» conférence présentée dans le cadre d'un congrès international de la Division des Soins palliatifs, Département d'oncologie, Université McGill tenu le 7 septembre 1996 à Montréal et intitulé: Les soins aux malades en phase terminale.
- HUMPHRY D., *Final Exit*, Los Angeles, Hemlock Society, 1991.
- JEAN-PAUL II, *L'Évangile de la vie: Lettre Encyclique Evangelium Vitae*, Montréal, MédiasPaul, 1995.
- JOAS A., «Physician-Assisted Lethal Injection vs. the Plastic Bag: Will Euthanasia Legislation Ever Come? A Comparaison of Standards in the Netherlands and the United States» (1992) 6 Temple Int'L & Comp. L.J. 365.
- JOCHEMSEN J., «Euthanasia in Holland an Ethical Critique of the New Law» (1994) 20 Journal of Medical Ethics 212.
- KEOWN J., «The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands» (1992) 108 The Law Quarterly Review 51.
- KERRIDGE I.H. et R. MITCHELL, «The Legislation of Active Voluntary Euthanasia in Australia: Will the Slippery Slope Prove Fatal?» (1996) 22 Journal of Medical Ethics 273.
- KEYSERLINGK E.W., *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de vie*, Commission de réforme du droit du Canada, Ottawa, Approvisionnements et services, 1979.
- KEYSERLINGK E.W., «La qualité de vie et le caractère sacré de la vie sont-ils des notions compatibles?» dans *Autonomie personnelle: euthanasie et santé mentale*, Montréal, McGraw-Hill, 1990.
- KOURI R.P. «L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois» (1984) 44 R. du B. 851.
- KURTZ P., «The Meaning of life», in L.E. NAVIA, E. KELLY, *Ethics and Search for Values*, Buffalo, New-York. Prometheus Books, 1980.
- LANGEVIN G., ««Evangelium Vitae», un plaidoyer passionné pour la vie» *La Presse [de Montréal]* (15 avril 1995) B7.
- LAPOINTE D., «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement. Des Concepts à la réalité» (1992) XXXII (5) Bull. Corp. prof. des médecins du Québec 27.

- LEFEBVRE G. et J. SAINT-ARNAUD, «L'euthanasie aux Pays-Bas» (1995) 8 *Frontières* 46.
- LESAGE-JARJOURA P., *La cessation de traitement: au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1990.
- LESAGE-JARJOURA P., «Le consentement à l'acte médical: l'obligation de renseigner» (1992) 7 *Le Clinicien*, 161.
- LESAGE-JARJOURA P., J. LESSARD et S. PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale: le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995.
- LÉVESQUE L., «Les médecins: non à l'aide au suicide et à l'euthanasie» *La Presse [de Montréal]* (17 août 1994).
- LOWY, F.H., D. SAWYER et J.R. WILLIAMS, *Les médecins canadiens et l'euthanasie*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993.
- MAYRAND A., *L'inviolabilité de la personne humaine*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1975.
- MÉNARD J.P. et D. MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1992.
- MENDELSON D., «The Northern Territory's Euthanasia Legislation in Historical Perspective» (1995) 3 *Journal of Law and Medicine* 136.
- MENDELSON D., «Jurisprudential Aspects of Withdrawal of Life Support Systems from Incompetent Patients in Australia» (1995) 69 *The Australian Law Journal* 259.
- MILL J.S., *De la liberté*, Toronto, Presses Pocket, 1977.
- MISHARA B.L., «Débat sur l'euthanasie active: croyances et réalités» 8 (1995) *Frontières* 20.
- NERLAND L.T., «A Cry for Help: A Comparison of Voluntary, Active Euthanasia Law» (1989) 13 *Hasting Int'l and Comparative Law Review* 115.
- NOOTENS S., «La relation médecin-patient et les décisions de traitement» (1990) 20 *R.D.U.S.* 377.
- NOOTENS S., «Le droit du patient de refuser un traitement» (1985) 20 *Le Médecin du Québec* 113.

- NOWELL-SMITH P., «Le droit de mourir» dans *Autonomie personnelle: euthanasie et santé mentale*, Montréal, McGraw-Hill, 1990.
- NULAND S.B., *Mourir: réflexions sur le dernier chapitre de la vie*, St-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1994.
- OGILVIE A.D. et S.G. POTTS, «Assisted Suicide for Depression: the Slippery Slope in Action?» (1994) 309 *British Medical Journal* 492.
- OTLOWSKI M., «Mercy Killing Cases in the Australian Criminal Justice System» (1993) 17 *Criminal Law Journal* 10.
- OUELLETTE M., «La Charte canadienne et certains problèmes de bioéthique» (1984) 18 *R.J.T.* 273.
- PHILIPS-NOOTENS S., «Face à la maladie mortelle: deux décisions possibles et leurs implications juridiques» (1982) 12 *R.D.U.S.* 435.
- RACETTE D., «Mourir avec dignité» (1991) XXXI (3) *Bull. Corp. prof. médecins du Québec* 28.
- ROBERTSON D., «The Withdrawal of Medical Treatment From Patients: Fundamental Legal Issues» (1996) 70 *The Australian Law Journal* 723.
- ROY, D.J. et al., *La bioéthique ses fondements et ses controverses*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1995.
- RYAN C.J. et M. KAYE, «Euthanasia in Australia - The Northern Territory Right of the Terminally Ill Act» (1996) 334 *The New England Journal of Medicine* 326.
- SAINT-ARNAUD J., «L'aide au suicide et l'euthanasie» (1995) 8 *Frontières* 3.
- SAINT-ARNAUD J., «Enjeux éthique soulevés par la décriminalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie» (1995) 8 *Frontières* 24.
- SAUCIER J.F., «Obsession de mort et condamnation à vie: un essai anthropologique» (1995) 8 *Frontières* 14.
- SCHUMACHER E.F., *Small is beautiful - Une société à la mesure de l'homme*, Paris, Points, 1978.
- SHARMA K.M., «Euthanasia in Australia» (1986) 2 *J. Contemp. Health L. & Pol'y* 131.

- SMITH M., S. ALTER et S. HARDER, «L'euthanasie et l'interruption de traitement» (1993) Bulletin d'actualité, Service de recherche Bibliothèque du Parlement.
- TAIT N., «Euthanasia: Australian Senate Overturns Voluntary Choice Law» Financial Times Limited Sydney (25 March 1997).
- THOMPSON P., «The Law and Active Euthanasia: Whose Life Is It Anyway?» (1995) 2 J. Law & Med. 233.
- TÔTH F., «L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois» conférence présentée dans le cadre d'un colloque du Canadian Institute, tenu le 29 octobre 1990, à Montréal et intitulé *Responsabilité médicale et hospitalière: Aspects éthiques et juridiques*.
- TÔTH F., «Le droit du patient d'être informé: un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne» (1989) 20 R.D.U.S. 161.
- TREMBLAY D., «Les décisions de fin de vie et le respect de l'autonomie de la personne» dans L. Lamarche, P. Bosset, *Les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne*, Les Presses de l'Université Laval, 1996.
- VAN DELDEN J., L. PIJNENBORG et P.J. VAN DER MAAS, «The Rummelink Study Two Years Later» (1993) 23 Hasting Center Report 24.
- VAN DER MAAS P.J., *et al.*, «Euthanasia and the Other Medical Decisions Concerning the End of Life» (1991) 338 The Lancet 669.
- VOLANT E., «La question de l'euthanasie aux Pays-Bas» (1990) 3 Frontières 44.
- VOLANT E., «Quand la mort devient un bien» (1995) 8 Frontières 6.
- WON S., «About 2000 Dutch Patients Choose Euthanasia Annually, Forum Told» (1991) 145 Canadian Medical Association Journal 1341.
- YOUNG H., «Le comité sénatorial dépose son rapport: l'euthanasie doit rester un acte criminel» *La Tribune [de Sherbrooke]* (7 juin 1995) A1.
- ZINN C., «Euthanasia Bill Divides Australian Doctors and MPs» (1995) 310 British Medical Journal 420.
- ZINN C., «Australia Passes First Euthanasia Law» (1995) 310 British Medical Journal 1427.

ZINN C., «Australian Doctors Fight New Euthanasia Laws» (1996) 312 British Medical Journal 529.

AUTRES DOCUMENTS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Mini dsm-IV. Critères diagnostiques (Washington DC. 1994) Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson. Paris, 1996.

Canada, Rapport du Comité sénatorial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, *De la vie et de la mort*, Sénat du Canada juin 1995.

Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, (Document de travail 28), Ottawa, Approvisionnements et Services, 1982.

ARTICLES ANONYMES

«Australie: première loi au monde autorisant l'euthanasie», *La Presse [de Montréal]* (2 juillet 1996) C10.

«Dr. Suicide réapparaît» *La Presse [de Montréal]* (8 novembre 1996) A14.

«Latimer s'en prend à la justice: le cultivateur de la Saskatchewan subira un autre procès pour l'assassinat de sa fille handicapée» *La Presse [de Montréal]* (7 février 1997) B12.

«Le "Docteur suicide" acquitté de nouveau» *La Presse [de Montréal]* (15 mai 1996) E8.

«Le Dr. Kevorkian risque d'être accusé d'homicide. Un de ses 15 patients aurait demandé à ne pas mourir avant son "suicide assisté"» *La Presse [de Montréal]* (27 Février 1993) A20.

«Le «testament» de l'archevêque de Chicago relance le débat sur l'euthanasie» *Le Soleil [de Québec]* (16 novembre 1996) A32.

«Les médecins américains se montrent réticents face au suicide assisté» *La Presse [de Montréal]* (4 mai 1996) J3.

«Managing a Comfortable Death» (1996) 347 The Lancet 1777.

«Médecin accusée» *La Tribune [de Sherbrooke]* (8 mai 1997) D1.

«Une femme médecin accusée du meurtre d'un de ses patients» *La Presse [de Montréal]* (8 mai 1997) A15.

«Un débat de société: l'aide au suicide» *La Tribune [de Sherbrooke]* (21 février 1995) B7.

«Un jury acquitte le "docteur suicide"» *La Presse [de Montréal]* (9 mars 1996) A1.

ANNEXE 1

Document parlementaire 22572

Liesbeth Rensman
070 - 370 66 98

2925
22-12-1993

**INSERTION DE LA PROCEDURE DE DECLARATION SUR LES ACTES MEDICAUX
VISANT A ABREGER LA VIE SUR DEMANDE OU NON DANS UN REGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE**

Le médecin qui déclare un décès survenu par suite d'actes médicaux ayant abrégé la vie sur demande ou sans demande expresse du patient doit répondre à un questionnaire plus étendu. Ce questionnaire compte maintenant 50 points, qui sont formulés de manière plus précise et plus stricte en comparaison de la procédure de déclaration volontaire en vigueur depuis le 1er novembre 1990.

C'est ce qui ressort de l'arrêté du 17 décembre 1993, Journal officiel (Staatsblad) 688, qui inclut la procédure de déclaration pour les médecins procédant à l'interruption médicalisée d'une vie à la demande expresse du patient (euthanasie) ou sans cette demande expresse. L'arrêté a été remis au Parlement.

L'arrêté est basé sur l'article 10 de la Loi sur les pompes-funèbres, tel qu'il a été rédigé et inséré dans la Loi du 2 décembre dernier (Stb. 643). Cette modification d'article a permis de définir dans un règlement d'administration publique le formulaire par lequel le médecin légiste municipal fait un rapport au Procureur de la Reine s'il est question de mort non naturelle (comme l'euthanasie).

Au plus tôt, l'arrêté entrera en vigueur dans trois mois; jusque là, les deux Chambres du Parlement pourront se prononcer sur l'arrêté.

Le texte initial de l'arrêté avait été publié dès novembre 1991, en même temps que le point du vue gouvernemental en matière de décisions médicales sur la fin de la vie. Ce texte de 1991 a été adapté et précisé à l'occasion du débat sur le point de vue gouvernemental et du débat parlementaire sur le projet de loi visant à modifier la Loi sur les pompes funèbres (document parlementaire 22 572).

L'adoption de cet arrêté signifie que la procédure de déclaration volontaire pour les médecins en vigueur depuis le 1er novembre 1990 est inscrite dans la loi. En conséquence, le Procureur de la Reine pourra apprécier chaque cas en s'appuyant sur la norme légale en vigueur et sur l'interprétation qui en a été donnée dans la jurisprudence. La déclaration ne porte nullement atteinte à l'application des dispositions, essentielles en la matière, du Code pénal (Wetboek van Strafrecht) (art. 293, 294, 287 et 289). La procédure de déclaration implique qu'un médecin estimant devoir invoquer l'état de nécessité doit donner les informations nécessaires au Procureur de la Reine pour exercer son contrôle. Ceci, sans toutefois placer ce médecin dans le cadre d'une enquête judiciaire.

Le questionnaire, qui fait partie de l'arrêté en tant qu'annexe, comprend plus de 50 points pour le médecin traitant et est sous-divisé en cinq rubriques :

- I Histoire de la maladie ;
- II Demande d'interruption de la vie; avec une sous-division en deux parties, à savoir l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide chez les patients souffrant de maladie physique et chez les patients souffrants de maladie psychique ;
- III Interruption active de la vie sans demande expresse ;
- IV Consultation d'autres médecins ;
- V Interruption effective de la vie.

Note pour la rédaction, non pas pour la publication : le texte du règlement d'administration publique est disponible en anglais, français et allemand auprès du ministère de la Justice, Direction Services d'Information, tél. +31 70 370 68 50.

Ministerie van Justitie
Directie Voorlichting
Schedeldoekshaven 100
Postbus 20301
2500 EH Den Haag

Persbericht

Justitie

NOUS BEATRIX, PAR LA GRACE DE DIEU,
REINE DES PAYS-BAS,
PRINCESSE D'ORANGE-NASSAU,
ETC. ETC. ETC.

Arrêté du

portant définition
du formulaire, prévu
à l'article 10, premier paragraphe,
de la Loi sur les pompes funèbres

Sur proposition de Notre Ministre de la Justice et du Secrétaire d'Etat au Bien-Etre, à la Santé publique et à la Culture du 14 novembre 1991, n° 169144/91/6, Direction Législation Droit public ;

Vu l'article 10-1 de la Loi sur les pompes funèbres ;

Le Conseil d'Etat entendu (avis du 27 mars 1992, n° WO3.91.0634) ;

Vu le rapport complémentaire de Notre Ministre de la Justice et du Secrétaire d'Etat au Bien-Etre, à la Santé publique et à la Culture du 15 décembre 1993, n° 409372/93/6 Direction Législation Droit public ;

AVONS APPROUVÉ :

Article 1

Le formulaire-type du rapport du médecin légiste municipal au Procureur de la Reine, prévu à l'article 10 de la Loi sur les pompes-funèbres et relatif au décès par suite de l'interruption effective de la vie par un médecin à la demande du patient, à l'aide au suicide ou à l'interruption active de la vie sans demande expresse du patient, est ainsi rédigé :

Au Procureur de la Reine du ressort de

Le soussigné

médecin légiste de la municipalité de

déclare ne pas avoir donné, pendant ces deux dernières années, de conseil ou d'assistance dans le domaine médical, chirurgical ou obstétrical à :

nom

prénoms (en toutes lettres)

né(e) le

ayant demeuré à

, à
, décédé(e) le

déclare avoir fait personnellement l'autopsie :

déclare que le médecin traitant du défunt lui a fait savoir que le décès était survenu par suite de l'interruption effective de la vie à la demande du patient / de l'aide au suicide / de l'interruption active de la vie sans demande expresse du patient ;

en conséquence de quoi, il a averti l'officier de l'état civil visé dans l'article 14 de la Loi sur les pompes funèbres ;

déclare avoir reçu du médecin traitant un rapport comprenant un questionnaire, intégralement rempli et motivé par ce dernier, comme prévu à l'Annexe faisant partie du présent arrêté ;

déclare par la présente avoir vérifié les données contenues dans le rapport visé ci-dessus et se prononcer comme suit :

déclare, vu le rapport visé ci-dessus du médecin traitant, ne pas être convaincu que le décès soit survenu par suite d'une cause naturelle ;

Justitie

Voorlichting

déclare avoir reçu / ne pas avoir reçu * de déclaration de volonté comme mentionné sous II, A,
3 et II, B, 3 de l'Annexe à cet arrêté.

(signature)

(date)

* Rayer la mention inutile

En vertu de l'article 6, premier paragraphe, de la Loi sur les pompes funèbres, le médecin légiste municipal n'est pas autorisé - pour autant que cela soit d'importance ici - à agir en tant que tel s'il a donné, pendant les deux dernières années, un conseil ou une assistance dans le domaine médical, chirurgical ou obstétrical au défunt, et s'il existait ou existe entre le défunt et lui un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au troisième degré de mariage.

Article 2

Le formulaire-type du rapport du médecin légiste au Procureur de la Reine, prévu à l'article 10 de la Loi sur les pompes funèbres et relatif au décès par suite d'une autre cause que celle prévue à l'article 1, est ainsi rédigé :

Au Procureur de la Reine du ressort de

Le soussigné

médecin-légiste de la municipalité de

déclare ne pas avoir donné, pendant ces deux dernières années, de conseil ou d'assistance dans le domaine médical, chirurgical ou obstétrical à :

nom

prénoms (en toutes lettres)

né(e) le

, décédé(e) le

ayant demeuré * à

demeurant * à

ayant donné naissance à un fils : une fille * mort-né(e)

le

déclare avoir fait personnellement l'autopsie : l'autopsie

déclare ne pas être convaincu que le décès est survenu par suite d'une cause naturelle ;

en conséquence de quoi, il a ^{avec l'officier} ~~avisé~~ l'état civil visé dans l'article 14 de la Loi sur les pompes funèbres ;

Particularités :

(signature)

(date)

En vertu de l'article 6, premier ^{PARAGRAPHE} ~~paragraphe~~ de la Loi sur les pompes funèbres, le médecin légiste municipal n'est pas ^{AUTORISÉ} ~~autorisé~~ - pour autant que cela soit d'importance ici - à agir en tant que tel s'il a donné, pendant ^{LES 2 DERNIÈRES} ~~les 2 dernières~~ années, un conseil ou une assistance dans le domaine médical, chirurgical, ^{OU EN QUALITÉ DE MÈRE DE L'ENFANT MORT-NÉ} ~~ou en qualité de~~ mère de l'enfant mort-né, et s'il existait ou existe entre celui-ci et lui un ^{LIEN D'ALLIANCE} ~~lien~~ d'alliance jusqu'au troisième degré de mariage.

* Rayer la mention inutile

Article 3

Le présent arrêté prendra effet ^{à la date} ~~le~~ ^{du} sera définie par arrêté royal.

En vertu de l'article 6, premier paragraphe, de la Loi sur les pompes funèbres, le médecin légiste municipal n'est pas autorisé - pour autant que cela soit d'importance ici - à agir en tant que tel s'il a donné, pendant les deux dernières années, un conseil ou une assistance dans le domaine médical, chirurgical ou obstétrical au défunt, et s'il existait ou existe entre le défunt et lui un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au troisième degré de mariage.

Article 2

Le formulaire-type du rapport du médecin légiste au Procureur de la Reine, prévu à l'article 10 de la Loi sur les pompes funèbres et relatif au décès par suite d'une autre cause que celle prévue à l'article 1, est ainsi rédigé :

Au Procureur de la Reine du ressort de

Le soussigné

médecin-légiste de la municipalité de

déclare ne pas avoir donné, pendant ces deux dernières années, de conseil ou d'assistance dans le domaine médical, chirurgical ou obstétrical à :

nom

prénoms (en toutes lettres)

né(e) le

ayant demeuré * à

, à
, décédé(e) le

demeurant * à

ayant donné naissance à un fils / une fille * mort-né(e)

le

déclare avoir fait personnellement l'autopsie :

déclare ne pas être convaincu que le décès soit survenu par suite d'une cause naturelle ;

en conséquence de quoi, il a averti l'officier de l'état civil visé dans l'article 14 de la Loi sur les pompes funèbres ;

Particularités :

(date)

(signature)

En vertu de l'article 6, premier paragraphe, de la Loi sur les pompes funèbres, le médecin légiste municipal n'est pas autorisé - pour autant que cela soit d'importance ici - à agir en tant que tel s'il a donné, pendant les deux dernières années, un conseil ou une assistance dans le domaine médical, chirurgical ou obstétrical à la mère de l'enfant mort-né, et s'il existait ou existe entre celui-ci et lui un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au troisième degré de mariage.

* Rayer la mention inutile

Article 3

Le présent arrêté prendra effet à une date qui sera définie par arrêté royal.

Ordonnons que le présent arrêté, avec le mémoire explicatif en faisant partie, soit inséré dans le Journal officiel (Staatsblad).

Le Ministre de la Justice Le Secrétaire d'Etat au Bien-Etre, à la Santé publique et à la Culture

Voorlichting

QUESTIONNAIRE POUR LE MEDECIN TRAITANT EN CE QUI CONCERNE LA DECLARATION AU MEDECIN LEGISTE, PREVUE A L'ARTICLE 1 ET RELATIVE A UN DECES PAR SUITE DE L'INTERRUPTION DE LA VIE A LA DEMANDE DU PATIENT, DE L'AIDE AU SUICIDE OU DE L'INTERRUPTION ACTIVE DE LA VIE SANS DEMANDE EXPRESSE DU PATIENT

En cas d'interruption de la vie à la demande du patient, d'aide au suicide ou d'interruption active de la vie sans demande expresse du patient, vous devez faire un rapport écrit, complet et motivé, au médecin légiste municipal sur la base du dossier médical, en répondant au questionnaire de la liste ci-dessous.

La présente déclaration ne porte pas atteinte à l'application des articles 287, 289, 293 et 294 du Code pénal (Wetboek van Strafrecht).

I HISTOIRE DE LA MALADIE

1. Quelle était la nature de la maladie et quels étaient les diagnostics principaux et secondaires importants ?
2. Quand ce ou ces diagnostics ont-ils été établis ?
3. Quelles ont été les interventions médicales (médicaments, actes thérapeutiques ou chirurgicaux) ?
4. Qui étaient les médecins traitants, où peut-on les joindre et quels ont été leurs diagnostics et pronostics ?
5.
 - a. S'agissait-il d'une souffrance telle que le patient la ressentait, et pouvait la ressentir, comme insupportable ?
 - b. En quoi consistait cette souffrance ?
 - c. En quoi cette souffrance pouvait-elle être considérée comme durable et sans issue ?
 - d. Sur quelles bases a-t-il été estimé que, d'un point de vue médical, la situation dans laquelle se trouvait le patient en dernier lieu conduisait à une aggravation continue de la souffrance, déjà ressentie par le patient comme insupportable, et l'empêchant de mourir dans la dignité ?
 - e. Dans quel délai vous attendiez-vous au décès du patient s'il n'y avait pas eu d'interruption de la vie à sa demande, aide au suicide ou interruption active de la vie sans sa demande expresse ?
6.
 - a. Y avait-il des possibilités pour alléger la souffrance du patient et en avez-vous parlé avec le patient ?
 - b. Qu'en pensait le patient ?

II DEMANDE D'INTERRUPTION DE LA VIE

- A** Interruption de la vie à la demande du patient et aide au suicide chez les patients souffrant de maladie physique
1. S'agit-il d'une demande constante et réfléchie du patient, et exprimée en toute liberté et avec insistance ?
(Si non, passer aux questions sous III. Interruption active de la vie sans demande expresse du patient.)
 2. Quand et à qui cette demande a-t-elle été faite en premier ? Quand et à qui cette demande a-t-elle été renouvelée ?
 3. Le patient a-t-il fait connaître sa volonté par écrit ?
Si oui, joindre la déclaration à ce rapport.
Si non, quelle en a été la raison ?

4. D'où ressort-il que le patient était entièrement conscient de la portée de sa demande et de sa situation physique au moment où il a formulé sa demande ?

5. La question de l'interruption de la vie a-t-elle été abordée avec des proches ?

a. Si oui, avec qui et quelles étaient leurs opinions ?

b. Si non, pourquoi pas ?

8. Interruption de la vie à la demande du patient et aide au suicide chez les patients souffrant de maladie psychique

1. S'agit-il d'une demande constante et réfléchie du patient, et exprimée en toute liberté et avec insistance ?

2. Quand et à qui cette demande a-t-elle été faite en premier ? Quand et à qui cette demande a-t-elle été renouvelée ?

3. Le patient a-t-il fait connaître sa volonté par écrit ?

Si oui, joindre la déclaration à ce rapport.

Si non, quelle en a été la raison ?

4. Selon vous en tant que médecin, le patient pouvait-il être entièrement conscient de la portée de sa demande et de sa situation, vu la nature de sa maladie ?

5. D'où ressort-il que le patient était entièrement conscient de la portée de sa demande et de sa situation physique au moment où il a formulé sa demande ?

6. a. Y avait-il des possibilités (médicales, thérapeutiques ou autres) pour alléger la souffrance du patient ou pour guérir le patient ?

b. Si oui, d'où ressort-il que le patient a refusé ces possibilités ?

7. La question de l'interruption de la vie a-t-elle été abordée avec des proches ?

a. Si oui, avec qui et quelles étaient leurs opinions ?

b. Si non, pourquoi pas ?

III.

INTERRUPTION ACTIVE DE LA VIE SANS DEMANDE EXPRESSE DU PATIENT

1. Pourquoi n'y a-t-il pas eu de demande expresse de la part du patient au moment de l'acte ayant pour effet d'abrégé la vie ?

2. Y a-t-il eu une déclaration antérieure (écrite ou orale) du patient en matière d'interruption de la vie ?

a. Si oui, quelle a été cette déclaration, quand et à qui a-t-elle été faite ?

b. Si non, à quel moment a été posée la question de savoir si l'on devait intervenir en vue d'abrégé la vie, et par qui a été posée la question ?

3. Quelles autres considérations ont déterminé la décision médicale et le moment de l'intervention ?

4. La question de l'interruption de la vie a-t-elle été abordée avec des proches et / avec un ou des représentants légaux ?

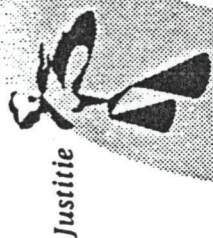
a. Si oui, avec qui et quelles étaient leurs opinions ?

b. Si non, pourquoi pas ?

IV.

CONSULTATION D'AUTRES MEDECINS

(Ces points s'appliquent tant à II. Demande d'interruption de la vie, qu'à III. Interruption active sans demande expresse du patient)



Justitie

Voorlichting

Ministerie van Justitie
Directie Voorlichting
 Schedeldoekshaven 100
 Postbus 20301
 2500 EH Den Haag
 Telefoon (070) 3 70 68 50
 Fax (070) 3 70 79 37

1.
 - a. Quel/quels médecins ont-ils été consultés ?
 - b. En quelle qualité ?
(généraliste / spécialiste / psychiatre / autre)
 - c. Quand le ou les médecins consultés ont-ils vu le patient ?
 - d. Où peut-on le/les joindre ?
 - e. Était-ce un/des médecins co-traitants ?
 - f. Quelle est leur relation par rapport à vous ?

2. Ce point ne s'applique que si le patient souffre d'une maladie psychique (voir II-B) :

- a. Quel(s) psychiatre(s) et/ou autres personnes connaissant l'état psychique du patient ont-ils été consultés, outre le/les médecins mentionnés sous 1 ?
- b. Quand celui-ci ou ceux-ci ont-ils vu le patient et comment a ou ont-ils déterminé leur jugement ?
- c. Où peut-on le/les joindre ?
- d. Quelle est leur relation par rapport à vous ?

3. Quelles étaient les conclusions du/des médecins consultés sur :

- a. l'état du patient et l'échéance de décès à laquelle on pouvait s'attendre ?
- b. les autres moyens éventuels à mettre en oeuvre ?
- c. la liberté, la réflexion et la constance de la demande du patient ?

INTERRUPTION EFFECTIVE DE LA VIE

1. Quand, où, par qui, comment et avec quels moyens l'interruption de la vie est-elle devenue effective ?
 2. Des informations avaient-elles été demandées au préalable sur la méthode à utiliser, et si oui, auprès de qui ?
 3.
 - a. Étiez-vous présent au moment de l'interruption effective de la vie ?
 - b. Qui était présent, à part vous, au moment de l'interruption effective de la vie, et où peut-on les joindre ?
 4. Y a-t-il eu, au moment de l'interruption effective de la vie, une concertation avec le chef de service et/ou le personnel infirmier/les aides-soignants et/ou avec l'infirmière visiteuse ?
 5.
 - a. Si oui, avec qui, quand; et quelles étaient leurs opinions ?
 - b. Si non, pourquoi pas ?
- Quand et de quelle manière la direction de l'établissement de soins a-t-elle été informée de l'interruption effective de la vie ?

MEMOIRE EXPLICATIE

Général

Le 2 décembre 1993 a été adoptée la Loi visant à modifier la Loi sur les pompes funèbres (Staatsblad 1993, 643) et contenant que le formulaire, prévu à l'article 10 de ladite loi et à partir duquel le médecin légiste municipal doit faire un rapport au Procureur de la Reine lorsqu'il estime ne pas pouvoir délivrer de certificat de décès, serait défini dans un règlement d'administration publique sur proposition du ministre de la Justice et du ministre du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Culture. Le présent arrêté comprend la définition du formulaire mentionnée ci-dessus.

Avec cette définition, la procédure de déclaration en vigueur depuis le 1er novembre 1990 pour les cas d'euthanasie et d'aide au suicide repose sur une base légale. L'observation de cette procédure permettra au Ministère public d'apprécier cas par cas, et si nécessaire, d'en délibérer avec l'Inspection médicale du Contrôle national sur la Santé publique. Le Procureur de la Reine considérera chaque cas en s'appuyant sur la norme légale en vigueur et sur l'interprétation qui en a été donnée dans la jurisprudence. Il est expressément indiqué que la déclaration ne porte pas atteinte à l'application des dispositions du Code pénal (Wetboek van Strafrecht) essentielles en la matière (art. 293 et 294 ainsi que 287 et 289).

Si, toutefois, le médecin estime pouvoir invoquer un état de nécessité représentant un cas de force majeure, il devra être en mesure de fournir des informations qui permettront ce contrôle, sans être pour autant placé dans le contexte d'une enquête judiciaire. Pour cette raison entre autres, nous avons encouragé l'introduction au 1er novembre 1990 de la nouvelle procédure de déclaration qui écarte une telle suggestion. Dans la plupart des cas contrôlés par le Procureur de la Reine, il n'y a pas eu motif à procéder à une enquête judiciaire; nous faisons référence ici au rapport de la Commission Remmelink du 10 décembre 1991 et aux rapports annuels du Ministère Public. Un contrôle judiciaire ne remet nullement en question le fait qu'une intervention en vue d'abrèger la vie devra répondre aux exigences de méticulosité généralement reconnues par le corps médical.

Comme il a été indiqué, la procédure de déclaration a acquis par cet arrêté une base légale. Elle offre ainsi le maximum de garanties possible aux autorités publiques, aux médecins et aux patients sur la procédure à suivre et sur les informations à donner en cas d'interruption de la vie sur demande expresse et l'aide au suicide. La jurisprudence ne contient pas d'acceptation générale des situations d'interruption active de la vie sans la demande expresse du patient. C'est pourquoi nous estimons nécessaire que la procédure de déclaration se rapporte également aux cas dans lesquels il y a interruption active de la vie par un médecin sans demande expresse du patient.

Le projet du présent arrêté avait été joint en annexe à notre lettre du 8 novembre 1991 au Président de la Deuxième Chambre du Parlement, qui reprenait le point de vue gouvernemental en matière de décisions médicales sur la fin de la vie (documents parlementaires II, 1991-1992, 20 383 n°14). Lors du débat parlementaire sur ce point de vue gouvernemental et du débat sur le projet de Loi visant à modifier la Loi sur les pompes funèbres (documents Chambre II 1991-1992, 22 572), déposé ultérieurement et visant à donner au présent arrêté une base légale, le projet du présent arrêté a fait, quant à son contenu, l'objet d'un examen approfondi. Le tout a conduit à rendre plus précis et plus strict le texte de certains passages.

Pour le bon ordre des choses, nous signalons qu'au même moment où le présent arrêté prendra effet, le règlement du ministre de la Justice du 15 mai 1991, Stcrt 1991 n° 96, concernant la définition du formulaire-type du rapport du médecin légiste au Procureur de la Reine, prévu (anciennement) à l'article 10 de la Loi sur les pompes funèbres (mise en application le 1er juillet 1991), sera abrogé.

Justitie

Voorlichting

Ministerie van Justitie
Directie Voorlichting
Schedeldoekshaven 100
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
Telefoon (070) 3 70 68 50
Fax (070) 3 70 78 37

ANNEXE II

Loi de 1995 du Territoire du Nord
Rights of The Terminally Ill Act



NORTHERN TERRITORY OF AUSTRALIA

RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT

As in force at 1 July 1996

TABLE OF PROVISIONS

Section

PART 1 - PRELIMINARY

1. Short title
2. Commencement
3. Interpretation

PART 2 - REQUEST FOR AND GIVING OF ASSISTANCE

4. Request for assistance to voluntarily terminate life
5. Response of medical practitioner
6. Response of medical practitioner, &c., not to be influenced by extraneous considerations
7. Conditions under which medical practitioner may assist
8. Palliative care
9. Patient who is unable to sign certificate of request
10. Right to rescind request
11. Improper conduct

PART 3 - RECORDS AND REPORTING OF DEATH

12. Medical records to be kept
13. Certification as to death
14. Medical record to be sent to Coroner
15. Coroner may report on operation of Act

PART 4 - MISCELLANEOUS

16. Construction of Act
17. Certificate of request is evidence
18. Effect on construction of wills, contracts and statutes
19. Insurance or annuity policies
20. Immunities
21. Regulations

SCHEDULE

- Notes
- Table of Amendments

NORTHERN TERRITORY OF AUSTRALIA

RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT

NOTE - THIS REPRINT SHOWS THE ACT AS IN FORCE 1 JULY 1996. ANY AMENDMENTS THAT MAY COME INTO OPERATION AFTER THAT DATE ARE NOT INCLUDED.

An Act to confirm the right of a terminally ill person to request assistance from a medically qualified person to voluntarily terminate his or her life in a humane manner; to allow for such assistance to be given in certain circumstances without legal impediment to the person rendering the assistance; to provide procedural protection against the possibility of abuse of the rights recognised by this Act; and for related purposes.

PART 1 - PRELIMINARY

1. SHORT TITLE

This Act may be cited as the Rights of the Terminally Ill Act. (See back note 1)

2. COMMENCEMENT

This Act shall come into operation on a date to be fixed by the Administrator by notice in the Gazette. (See back note 1)

3. INTERPRETATION

In this Act, unless the contrary intention appears -

"assist", in relation to the death or proposed death of a patient, includes the prescribing of a substance, the preparation of a substance and the giving of a substance to the patient for self administration, and the administration of a substance to the patient;

"certificate of request" means a certificate in or to the effect of the form in the Schedule that has been completed, signed and witnessed in accordance with this Act;

"health care provider", in relation to a patient, includes a hospital, nursing home or other institution (including those responsible for its management) in which the patient is located for care or attention and any nurse or other person whose duties include or directly or indirectly relate to the care or medical treatment of the patient;

"illness" includes injury or degeneration of mental or physical faculties;
Rights of the Terminally Ill

"medical practitioner" means a medical practitioner who has been entitled to practise as a medical practitioner (however described) in a State or a Territory of the Commonwealth for a continuous period of not less than 5 years and who is resident in, and entitled under the Medical Act to practise medicine in, the Territory;

"qualified psychiatrist" means -

- (a) a person entitled under a law of a State or Territory of the Commonwealth to practise as a specialist in the medical specialty of psychiatry;
- (b) a specialist whose qualifications are recognised by the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists as entitling the person to fellowship of that College;
- (c) a person employed by the Commonwealth or a State or Territory of the Commonwealth, or an Agency or authority of the Commonwealth or a State or Territory, as a specialist or consultant in the medical specialty of psychiatry;

"terminal illness", in relation to a patient, means an illness which, in reasonable medical judgment will, in the normal course, without the application of extraordinary measures or of treatment unacceptable to the patient, result in the death of the patient.

PART 2 - REQUEST FOR AND GIVING OF ASSISTANCE

4. REQUEST FOR ASSISTANCE TO VOLUNTARILY TERMINATE LIFE

A patient who, in the course of a terminal illness, is experiencing pain, suffering and/or distress to an extent unacceptable to the patient, may request the patient's medical practitioner to assist the patient to terminate the patient's life.

5. RESPONSE OF MEDICAL PRACTITIONER

A medical practitioner who receives a request referred to in section 4, if satisfied that the conditions of section 7 have been met, but subject to section 8, may assist the patient to terminate the patient's life in accordance with this Act or, for any reason and at any time, refuse to give that assistance.

6. RESPONSE OF MEDICAL PRACTITIONER, &c., NOT TO BE INFLUENCED BY EXTRANEOUS CONSIDERATIONS

- (1) A person shall not give or promise any reward or advantage (other than a reasonable payment for

medical services), or by any means cause or threaten to cause any disadvantage, to a medical practitioner or other person for refusing to assist, or for the purpose of compelling or persuading the medical practitioner or other person to assist or refuse to assist, in the termination of a patient's life under this Act.

Penalty: \$10,000.

(2) A person to whom a reward or advantage is promised or given, as referred to in subsection (1), does not have the legal right or capacity to receive or retain the reward or accept or exercise the advantage, whether or not, at the relevant time, he or she was aware of the promise or the intention to give the reward or advantage.

7. CONDITIONS UNDER WHICH MEDICAL PRACTITIONER MAY ASSIST

(1) A medical practitioner may assist a patient to end his or her life only if all of the following conditions are met:

(a) the patient has attained the age of 18 years;

(b) the medical practitioner is satisfied, on reasonable grounds, that -

(i) the patient is suffering from an illness that will, in the normal course and without the application of extraordinary measures, result in the death of the patient;

(ii) in reasonable medical judgment, there is no medical measure acceptable to the patient that can reasonably be undertaken in the hope of effecting a cure; and

(iii) any medical treatment reasonably available to the patient is confined to the relief of pain, suffering and/or distress with the object of allowing the patient to die a comfortable death;

(c) two other persons, neither of whom is a relative or employee of, or a member of the same medical practice as, the first medical practitioner or each other -

(i) one of whom is a medical practitioner who holds prescribed qualifications, or has prescribed experience, in the treatment of the terminal illness from which the patient is suffering; and

(ii) the other who is a qualified psychiatrist,

have examined the patient and have -

(iii) in the case of the medical practitioner referred to in subparagraph (i), confirmed -

(A) the first medical practitioner's opinion as to the existence and seriousness of the illness;

(B) that the patient is likely to die as a result of the illness; and

(C) the first medical practitioner's prognosis; and

(iv) in the case of the qualified psychiatrist referred to in subparagraph (ii) - that the patient is not suffering from a treatable clinical depression in respect of the illness;

- (d) the illness is causing the patient severe pain or suffering;
 - (e) the medical practitioner has informed the patient of the nature of the illness and its likely course, and the medical treatment, including palliative care, counselling and psychiatric support and extraordinary measures for keeping the patient alive, that might be available to the patient;
 - (f) after being informed as referred to in paragraph (e), the patient indicates to the medical practitioner that the patient has decided to end his or her life;
 - (g) the medical practitioner is satisfied that the patient has considered the possible implications of the patient's decision to his or her family;
 - (h) the medical practitioner is satisfied, on reasonable grounds, that the patient is of sound mind and that the patient's decision to end his or her life has been made freely, voluntarily and after due consideration;
 - (i) the patient, or a person acting on the patient's behalf in accordance with section 9, has, not earlier than 7 days after the patient has indicated to his or her medical practitioner as referred to in paragraph (f), signed that part of the certificate of request required to be completed by or on behalf of the patient;
 - (j) the medical practitioner has witnessed the patient's signature on the certificate of request or that of the person who signed on behalf of the patient, and has completed and signed the relevant declaration on the certificate;
 - (k) the certificate of request has been signed in the presence of the patient and the first medical practitioner by another medical practitioner (who may be the medical practitioner referred to in paragraph (c)(i) or any other medical practitioner) after that medical practitioner has discussed the case with the first medical practitioner and the patient and is satisfied, on reasonable grounds, that the certificate is in order, that the patient is of sound mind and the patient's decision to end his or her life has been made freely, voluntarily and after due consideration, and that the above conditions have been complied with;
 - (l) where, in accordance with subsection (4), an interpreter is required to be present at the signing of the certificate of request, the certificate of request has been signed by the interpreter confirming the patient's understanding of the request for assistance;
 - (m) the medical practitioner has no reason to believe that he or she, the countersigning medical practitioner or a close relative or associate of either of them, will gain a financial or other advantage (other than a reasonable payment for medical services) directly or indirectly as a result of the death of the patient;
 - (n) not less than 48 hours has elapsed since the signing of the completed certificate of request;
 - (o) at no time before assisting the patient to end his or her life had the patient given to the medical practitioner an indication that it was no longer the patient's wish to end his or her life;
 - (p) the medical practitioner himself or herself provides the assistance and/or is and remains present while the assistance is given and until the death of the patient.
- (2) In assisting a patient under this Act a medical practitioner shall be guided by appropriate medical

standards and such guidelines, if any, as are prescribed, and shall consider the appropriate pharmaceutical information about any substance reasonably available for use in the circumstances.

(3) Where a patient's medical practitioner has no special qualifications in the field of palliative care, the information to be provided to the patient on the availability of palliative care shall be given by a medical practitioner (who may be the medical practitioner referred to in subsection (1)(c)(i) or any other medical practitioner) who has such special qualifications in the field of palliative care as are prescribed.

(4) A medical practitioner shall not assist a patient under this Act where the medical practitioner or any other medical practitioner or qualified psychiatrist who is required under subsection (1) or (3) to communicate with the patient does not share the same first language as the patient, unless there is present at the time of that communication and at the time the certificate of request is signed by or on behalf of the patient, an interpreter who holds a prescribed professional qualification for interpreters in the first language of the patient.

8. PALLIATIVE CARE

(1) A medical practitioner shall not assist a patient under this Act if, in his or her opinion and after considering the advice of the medical practitioner referred to in section 7(1)(c)(i), there are palliative care options reasonably available to the patient to alleviate the patient's pain and suffering to levels acceptable to the patient.

(2) Where a patient has requested assistance under this Act and has subsequently been provided with palliative care that brings about the remission of the patient's pain or suffering, the medical practitioner shall not, in pursuance of the patient's original request for assistance, assist the patient under this Act. If subsequently the palliative care ceases to alleviate the patient's pain and suffering to levels acceptable to the patient, the medical practitioner may continue to assist the patient under this Act only if the patient indicates to the medical practitioner the patient's wish to proceed in pursuance of the request.

9. PATIENT WHO IS UNABLE TO SIGN CERTIFICATE OF REQUEST

(1) If a patient who has requested his or her medical practitioner to assist the patient to end the patient's life is physically unable to sign the certificate of request, any person who has attained the age of 18 years, other than the medical practitioner or a medical practitioner or qualified psychiatrist referred to in section 7(1)(c), or a person who is likely to receive a financial benefit directly or indirectly as a result of the death of the patient, may, at the patient's request and in the presence of the patient and both the medical practitioner witnesses (and where, in accordance with section 7(4) an interpreter has been used, also in the presence of the interpreter), sign the certificate on behalf of the patient.

(2) A person who signs a certificate of request on behalf of a patient forfeits any financial or other benefit the person would otherwise obtain, directly or indirectly, as a result of the death of the patient.

10. RIGHT TO RESCIND REQUEST

(1) Notwithstanding anything in this Act, a patient may rescind a request for assistance under this Act at any time and in any manner.

(2) Where a patient rescinds a request, the patient's medical practitioner shall, as soon as practicable, destroy the certificate of request and note that fact on the patient's medical record.

11. IMPROPER CONDUCT

(1) A person shall not, by deception or improper influence, procure the signing or witnessing of a certificate of request.

Penalty: \$20,000 or imprisonment for 4 years.

(2) A person found guilty of an offence against subsection (1) forfeits any financial or other benefit the person would otherwise obtain, directly or indirectly, as a result of the death of the patient, whether or not the death results from assistance given under this Act.

PART 3 - RECORDS AND REPORTING OF DEATH

12. MEDICAL RECORDS TO BE KEPT

A medical practitioner who, under this Act, assists a patient to terminate the patient's life shall file and, subject to this Act, keep the following as part of the medical record of the patient:

(a) a note of any oral request of the patient for such assistance;

(b) the certificate of request;

(c) a record of the opinion of the patient's medical practitioner as to the patient's state of mind at the time of signing the certificate of request and certification of the medical practitioner's opinion that the patient's decision to end his or her life was made freely, voluntarily and after due consideration;

(d) the reports of the medical practitioner and qualified psychiatrist referred to in section 7(1)(c);

(e) a note by the patient's medical practitioner -

(i) certifying as to the independence of the medical practitioner and qualified psychiatrist referred to in section 7(1)(c) and the residential and period of practice qualifications of the patient's medical practitioner;

(ii) indicating that all requirements under this Act have been met;

(iii) indicating the steps taken to carry out the request for assistance; and

(iv) including a notation of the substance prescribed,

and such other information, if any, as is prescribed.

Penalty: \$10,000 or imprisonment for 2 years.

13. CERTIFICATION AS TO DEATH

(1) A medical practitioner who, under this Act, assists a patient to end the patient's life shall be taken to have attended the patient during the patient's last illness for the purposes of Part IV of the Registration of Births, Deaths and Marriages Act or any provision in substitution for that Part.

(2) A death as the result of assistance given under this Act shall not, for that reason only, be taken to be unexpected, unnatural or violent for the purposes of the definition of "reportable death" in the application of Part 4 of the Coroner's Act, or be a reportable death by reason only of having occurred during an anaesthetic.

14. MEDICAL RECORD TO BE SENT TO CORONER

(1) As soon as practicable after the death of a patient as the result of assistance given under this Act, the medical practitioner who gave the assistance shall report the death to a Coroner by sending to the Coroner a copy of the death certificate under the Registration of Births, Deaths and Marriages Act and so much of the medical record of the patient (including that required by section 12 to be kept) as relates to the terminal illness and death of the patient.

(2) As soon as practicable after the end of each financial year the Coroner shall advise the Attorney-General of the number of patients who died as a result of assistance given under this Act and the Attorney-General, in such manner or report as he or she thinks appropriate, shall report the number to the Legislative Assembly.

15. CORONER MAY REPORT ON OPERATION OF ACT

The Coroner may, at any time and in his or her absolute discretion, report to the Attorney-General on the operation, or any matter affecting the operation, of this Act and the Attorney-General shall, within 3 sitting days of the Legislative Assembly after receiving the report, table a copy of the report in the Assembly.

PART 4 - MISCELLANEOUS

16. CONSTRUCTION OF ACT

(1) Notwithstanding section 26(3) of the Criminal Code, an action taken in accordance with this Act by a medical practitioner or by a health care provider on the instructions of a medical practitioner does not constitute an offence against Part VI of the Criminal Code or an attempt to commit such an offence, a conspiracy to commit such an offence, or an offence of aiding, abetting, counselling or procuring the commission of such an offence.

(2) Assistance given in accordance with this Act by a medical practitioner or by a health care provider on the instructions of a medical practitioner is taken to be medical treatment for the purposes of the law.

17. CERTIFICATE OF REQUEST IS EVIDENCE

A document purporting to be a certificate of request is, in any proceedings before a court, admissible in evidence and is prima facie evidence of the request by the person who purported to sign it or on whose behalf it is purported to have been signed, for assistance under this Act.

18. EFFECT ON CONSTRUCTION OF WILLS, CONTRACTS AND STATUTES

(1) Any will, contract or other agreement, whether or not in writing or executed or made before or after the commencement of this Act, to the extent that it affects whether a person may make or rescind a request for assistance under this Act, or the giving of such assistance, is not valid.

(2) An obligation owing under a contract, whether made before or after the commencement of this Act, shall not be conditioned or affected by the making or rescinding of a request for assistance under this Act or the giving of that assistance.

19. INSURANCE OR ANNUITY POLICIES

The sale, procurement or issuing of any life, health or accident insurance or annuity policy or the rate charged for such a policy shall not be conditioned on or affected by the making or rescinding of a request for assistance under this Act or the giving of that assistance.

20. IMMUNITIES

(1) A person shall not be subject to civil or criminal action or professional disciplinary action for anything done in good faith and without negligence in compliance with this Act, including being present when a patient takes a substance prescribed for or supplied to the patient as the result of assistance under this Act to end the patient's life.

(2) A professional organisation or association or health care provider shall not subject a person to censure, discipline, suspension, loss of licence, certificate or other authority to practise, loss of privilege, loss of membership or other penalty for anything that, in good faith and without negligence, was done or refused to be done by the person and which may under this Act lawfully be done or refused to be done.

(3) A request by a patient for assistance under this Act, or giving of such assistance in good faith by a medical practitioner in compliance with this Act, shall not constitute neglect for any purpose of law or alone constitute or indicate a disability for the purposes of an application under section 8 of the Adult Guardianship Act.

(4) A health care provider is not under any duty, whether by contract, statute or other legal requirement, to participate in the provision to a patient of assistance under this Act, and if a health care provider is unable or unwilling to carry out a direction of a medical practitioner for the purpose of the medical practitioner assisting a patient under this Act and the patient transfers his or her care to another health care provider, the former health care provider shall, on request, transfer a copy of the patient's relevant medical records to the new health care provider.

21. REGULATIONS

The Administrator may make regulations, not inconsistent with this Act, prescribing all matters -

- (a) required or permitted by this Act to be prescribed; or
- (b) necessary or convenient to be prescribed for carrying out or giving effect to this Act.

SCHEDULE

Section 7

REQUEST FOR ASSISTANCE TO END MY LIFE IN A HUMANE AND DIGNIFIED MANNER

I, have been advised by my medical practitioner that I am suffering from an illness which will ultimately

result in my death and this has been confirmed by a second medical practitioner.

I have been fully informed of the nature of my illness and its likely course and the medical treatment, including palliative care, counselling and psychiatric support and extraordinary measures that may keep me alive, that is available to me and I am satisfied that there is no medical treatment reasonably available that is acceptable to me in my circumstances.

I request my medical practitioner to assist me to terminate my life in a humane and dignified manner.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

Signed:

Dated:

DECLARATION OF WITNESSES

I declare that -

- (a) the person signing this request is personally known to me;
- (b) he/she is a patient under my care;
- (c) he /she signed the request in my presence and in the presence of the second witness to this request;
- (d) I am satisfied that he/she is of sound mind and that his/her decision to end his/her life has been made freely, voluntarily and after due consideration.

Signed:

Patient's Medical Practitioner

I declare that -

- (a) the person signing this request is known to me;
- (b) I have discussed his/her case with him/her and his/her medical practitioner;
- (c) he/she signed the request in my presence and in the presence of his/her medical practitioner;
- (d) I am satisfied that he/she is of sound mind and that his/her decision to end his/her life has been made freely, voluntarily and after due consideration;
- (e) I am satisfied that the conditions of section 7 of the Act have been or will be complied with.

Signed:

Second Medical Practitioner

[Where under section 7(4) an interpreter is required to be present]

DECLARATION OF INTERPRETER

I declare that -

- (a) the person signing this request or on whose behalf it is signed is known to me;
- (b) I am an interpreter qualified to interpret in the first language of the patient as required by section 7(4);
- (c) I have interpreted for the patient in connection with the completion and signing of this certificate;
- (d) in my opinion, the patient understands the meaning and nature of this certificate.

Signed:
Qualified Interpreter.

Notes

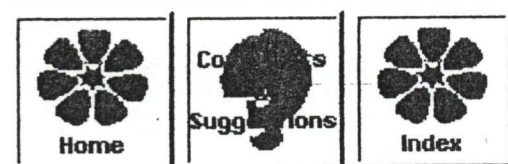
1. The *Rights of the Terminally Ill Act* comprises the *Rights of the Terminally Ill Act 1995* as amended by the other Act specified in the following table:

<i>Act</i>	<i>Number and year</i>	<i>Date of assent by Administrator</i>	<i>Date of commencement</i>
<i>Rights of the Terminally Ill Act 1995</i>	No. 12, 1995	16 June 1995	1 July 1996
<i>Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996</i>	No. 5, 1996	20 Mar 1996	1 July 1996

Table of Amendments

Section

- 3. Amended by No. 5, 1996, s. 3
- 7.(1) Amended by No. 5, 1996, s. 4
- 7.(3) Amended by No. 5, 1996, s. 4
- (4) Amended by No. 5, 1996, s. 4
- 8.(1) Amended by No. 5, 1996, s. 5
- 9.(1) Amended by No. 5, 1996, s. 6
- 12. Amended by No. 5, 1996, s. 7



Last updated: Tuesday, September 3, 1996

You are the (Counter: Out of Order) visitor to this page.

This service is maintained by NCOM Services. Comments and suggestions are welcomed.

ANNEXE III

" Machine de la mort "
du docteur Nitschke



A WISH FULFILLED: Dent

One Man's Death Divides the Living

The world's first right-to-die legislation is put into practice in northern Australia

By LISA CLAUSEN

IN THE SUNROOM OF HIS DARWIN HOME, Bob Dent, 66, finished his lunch and a glass of beer and lay down on the couch. On the floor, out of his sight but attached to him by intravenous drip, lay a syringe driver containing a lethal dose of three drugs: thiopentone, pentobarbitone and pancuronium. Nearby, his wife Judy waited with his doctor. The phone was disconnected, and in the silence of a warm Sunday afternoon, the only noise was the sound of a pump starting. In sequence, as planned, the drugs emptied into Dent's cancer-ridden body. Within seconds he was asleep; a few minutes later he was dead.

It has been 16 months since Australia's Northern Territory became the first place in the world to legalize voluntary euthanasia. Other jurisdictions have considered the procedure—in the Netherlands it is tolerated but not legal—but none have taken the same path. Last week came the second milestone: public confirmation of the first death under the Rights of the Terminally Ill Act. Says Denis Burke, the territory's attorney-general and health minister: "Our act is in place and it's operable." A High Court challenge to the legislation and a federal attempt to quash it on constitutional grounds may have overshadowed its July 1 introduction, but neither deterred Dent. While his death was peaceful—"He saw this as an end to suffering," says his doctor, euthanasia campaigner Philip Nitschke—the reaction it provoked was less so. It was a reminder that the extremes of the debate remain as starkly opposed as life and death.

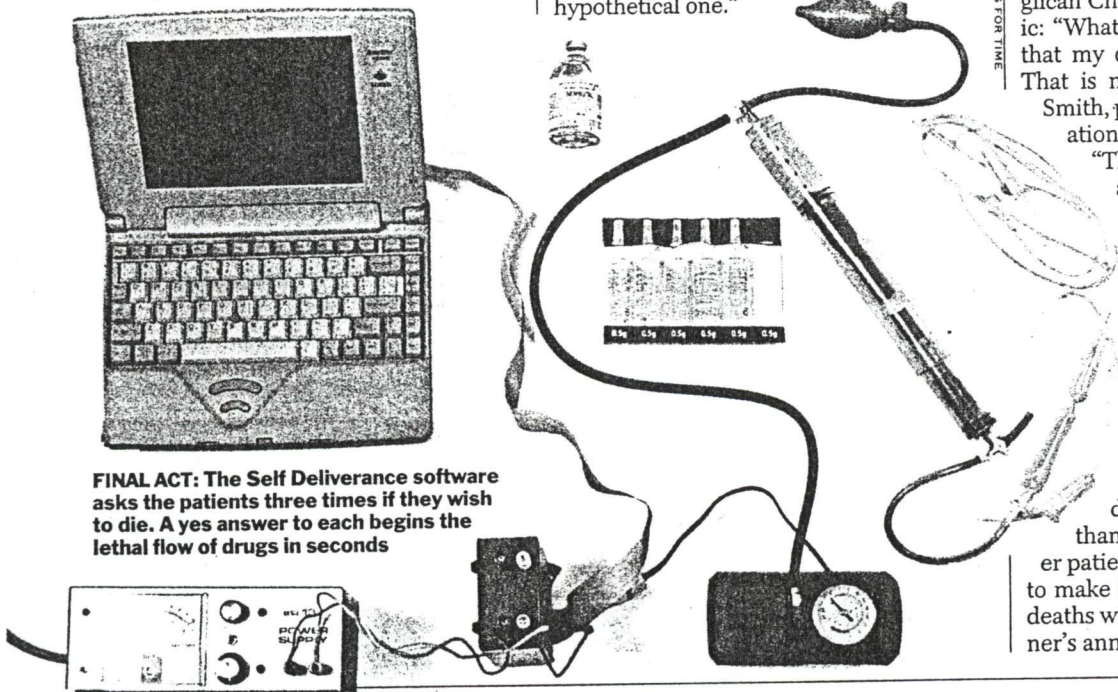
The Rights of the Terminally Ill Act had an uneasy birth. Passed by the Territory's Legislative Assembly in May last year, the act has so far survived a repeal bill in August and a Supreme Court challenge in July. The act's greatest threat yet may come from outside the territory's borders: a bill that seeks to overturn the law will be debated in federal parliament next month with the support of both Prime Minister John Howard and opposition leader Kim Beazley. Says the federal legislation's sponsor, Victorian M.P. Kevin Andrews, of Dent's death: "What it has done is made the issue real: it's no longer a hypothetical one."

Diagnosed with prostate cancer in 1991, Dent began his journey to death several weeks ago. After obtaining the three signatures required—from his own doctor, a cancer specialist and a psychiatrist—and observing the nine-day cooling-off period, Dent was free to choose the time of his own passing. Says Nitschke: "He knew then that he could pick up the phone at any time and end it." It was about 9 a.m. on Sept. 22 that Dent finally made that call. Nitschke drove the 20 km to Dent's home. "He could see how anxious I was and he spent some of his last hour or two reassuring me, reminding me that this was an act of love and that I should see it as such."

Public polls record strong support for voluntary euthanasia—a recent Morgan poll found that 70% of Australians were in favor—but Dent's death also evoked sorrow and anger. Says Cardinal Edward Clancy, head of the Roman Catholic Church in Australia: "With the introduction of the principle inherent in euthanasia, our society as we know it begins immediately to unravel." Doctors and other health professionals—concerned that palliative-care options were being ignored—were among those troubled. Says Dr. Keith Woollard, president of the Australian Medical Association: "Our view remains that we should be advising society that it is simply not safe to have in place legislation which authorizes doctors to kill people."

In a letter released after his death, Dent appealed to those who attacked his decision: "If you disagree with voluntary euthanasia, then don't use it, but don't deny me the right to use it if and when I want to." Archbishop Keith Rayner, head of the Anglican Church in Australia, rejects that logic: "What he said rests on the assumption that my death is significant only for me. That is not the case." Says Dr. Michael Smith, president of the Australian Association for Hospice and Palliative Care: "There's not an example yet where an ethical situation has been successfully resolved by a legislative response."

Whether the Rights of the Terminally Ill Act achieves that resolution, and how Australia responds to future deaths under the act, remain to be seen. Says Marshall Perron, who as N.T. chief minister proposed the law: "Eventually this sort of procedure will settle down to be no more extraordinary than abortion." Nitschke has five other patients waiting to die. Unless they opt to make it public, the only record of their deaths will be as numbers in the N.T. coroner's annual report.



FINAL ACT: The Self Deliverance software asks the patients three times if they wish to die. A yes answer to each begins the lethal flow of drugs in seconds

ANNEXE IV

" Machines à suicide "
du docteur Kevorkian

The very next day, Nov. 24, 1992, the Michigan House of Representatives passed a bill temporarily banning assisted suicide. The state Senate's approval followed nine days later.

But on Dec. 15, just seven hours before Gov. John Engler signed the temporary ban, Kevorkian presided over two more suicides.

Marguerite Tate, 70, had lived alone in Auburn Hills, estranged from her family and crippled by Lou Gehrig's disease. Marcella Lawrence, 67, who lived alone in Clinton Township, was afflicted with a variety of illnesses, from heart disease to liver cirrhosis.

Lawrence and Tate died together at Tate's home.

Since Adkins' death, it had taken the Legislature 2 1/2 years to pass a bill to deal with Kevorkian's new medical practice. In the same time, Dr. Death had helped eight people die, all white women over 40.

The temporary ban on Kevorkian's new medical practice was destined to be the Legislature's last gasp, but Dr. Death was just getting started.

Main factors

March 4, 1997

Many of the people who sought help dying from Dr. Jack Kevorkian had encountered problems with the medical profession. These were the most common or glaring:

- Doctors who provided only cursory care -- exams, tests, prescriptions but little else, including compassion or discussion of important personal issues.
- Misdiagnosis.
- Poor case management -- patients bounced from specialist to specialist.
- Inadequate pain management.
- Overlooking or ignoring mental health issues such as depression and substance abuse.
- Stereotyping of female patients as people who imagine pain or illness.
- Inadequate referrals and case management for home-based medical needs.
- Lack of counseling after doctors were aware that a patient had contacted Kevorkian or was thinking about it.
- Lack of insurance or money for medical treatments and home-based care.

National comparisons

More than 30,000 Americans commit suicide each year. Studies show that like the people who have sought help from Dr. Jack Kevorkian, serious, painful illness is often a factor. But there are significant differences, too, between what is known about the typical American suicide, and what is known about the people helped to their deaths by Kevorkian.

GENDER:

Nationally, 81% of suicides are male; two-thirds of Kevorkian's have been women. Nationally, women attempt suicide three times more often than men attempt it.

AGE:

Nationally, the suicide rate is highest among people over age 65, who account for 19 percent of all such deaths. The average age for people aided by Kevorkian is 58, ranging from 27 to 82.

RACE:

Nationally, 90% of suicides are white people, 7% are black, 3% other. Of the 47 people known to have died with Kevorkian's help, the only non-white was a Hispanic woman.

OCCUPATION:

Nationally, the highest suicide rates are found among those who work in health care, law enforcement and agriculture. While most of the 47 people aided by Kevorkian were disabled or retired, eight had backgrounds in education, nine in health care and six in science or engineering.

MARRIAGE:

Nationally, suicide is more than twice as common among widowed, divorced or single people than among married people. Of the 47 people aided by Kevorkian, only 17 were married when they died.

MENTAL HEALTH:

Nationally, mental health is considered the most important factor for suicide, with more than 90 percent of suicides suffering from conditions such as depression, schizophrenia, or substance abuse. Among people aided by Kevorkian, less than a third had such conditions.

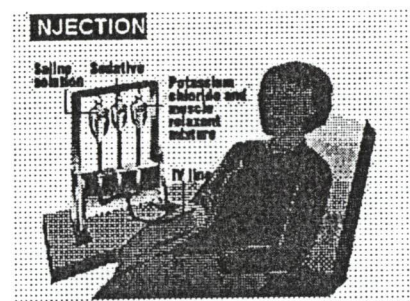
RECENT TROUBLES:

Nationally, risk factors for suicide include divorce, separation, unemployment, living alone and grieving. Among the 47 people aided by Kevorkian, 12 had such problems within a year before they died, and another 22 within five years of their suicide.

METHOD:

Nationally, more than 60 percent of men who kill themselves use a gun; about a third of women do. The second most common method for both is poisoning. Kevorkian helped all 47 of his suicides poison themselves, either with carbon monoxide gas, a lethal injection of drugs or both. Sources: Free Press research, National Center for Health Statistics, National Institute for Occupational Safety and Health, and Dr. Alan Berman, American Association of Suicidology.

Assisted suicide methods



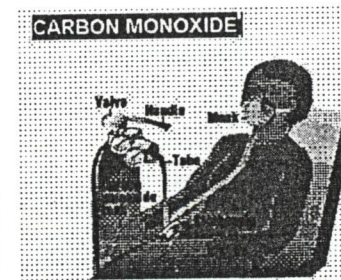
INJECTION

Kevorkian has built a device he calls the "suicide machine." It has three canisters or bottles mounted on a metal frame, about six inches wide by 18 inches high. Each bottle has a syringe that connects to a single IV line in the person's arm. The first bottle contains ordinary saline, or salt

water. Another contains sleep-inducing barbiturates, and the third a lethal mixture of potassium chloride, which immediately stops the heart, and a muscle relaxant to prevent spasms during the dying process.

1. Kevorkian or an assistant begins the saline solution flow.
2. The person who wants to die must deliver the barbiturates by throwing a switch or pulling a string.
3. After that, either a timer or a mechanical device triggered by the person's falling arm as the drugs take effect starts the lethal drug flowing. The idea is for the deadly chemicals to enter the bloodstream only after the person is asleep. Death usually occurs within two minutes.

CARBON MONOXIDE



1. A cylinder of the deadly gas is connected by a tube to a mask over the person's nose and mouth.
2. A valve must be released to start the gas flowing. Depending on the person's disability, a makeshift handle may be attached to the valve to make it easier to turn. Or, with the valve in the "open" position, a clip or clothespin may be clamped on the

tubing. Pulling it off allows the gas to flow.

By Kevorkian's estimates, this method may take 10 minutes or longer. Sometimes, he encourages people to take sedatives or muscle relaxants to keep them calm as they breathe deeply of the gas.

Free Press graphic by Martha A. Thierry